



UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CARRERA DE ENFERMERÍA

**“Gestión de los Cuidados de Enfermería Otorgados a Pacientes con
Cáncer Avanzado y Apoyo a sus Familias por el Profesional de
Enfermería”**

Tesis para optar al grado de Licenciado en Enfermería

Autores:

Teresa Cortés Cisternas
Marta Droguett Zamorano
Karyme Garretón Marín
Cynthia Jara Galleguillos
Andrea López Rojas
Natalia Peralta Casaborne

Docente Guía:

E.U. Isabel Siefer Navas

*Valparaíso – Chile
2006*

Agradecimientos

"LABOR OMNIA VINCIT IMPROBUS"

(El trabajo constante vence todas las dificultades) (Virgilio).

Tiempo, perseverancia, dedicación y entrega es lo que representa nuestro trabajo durante trece meses, en los cuales hemos dado los primeros pasos como profesionales en la esfera de la investigación.

Es por esto que queremos dar las gracias:

A Dios por darnos la oportunidad de entregar hoy el fruto de nuestro trabajo.

A nuestros padres, hermanos, familiares y amigos, quienes nos brindaron su apoyo y comprensión en todo momento.

A nuestra docente guía; señora Isabel Siefer Navas gracias por su apoyo, paciencia y comprensión.

A los campos clínicos en especial a los equipos de cuidados paliativos y alivio del dolor que hicieron posible el desarrollo de nuestro estudio.

Y en general a todos aquellos que han hecho posible este estudio y nos facilitaron de algún u otro modo el desarrollo de nuestra tesis.

INDICE DE MATERIAS

1.	INTRODUCCIÓN	1
	1.1. <i>Introducción</i>	2
	1.2. <i>Delimitación del Problema</i>	4
	1.3. <i>Definición de Términos</i>	5
	1.4. <i>Limitaciones del Estudio</i>	6
2.	MARCO CONCEPTUAL	7
	2.1. <i>Marco Teórico</i>	8
	2.1.1. Generalidades	8
	2.1.2. Programa Nacional de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos (PAD y CP)	9
	2.1.3. Proceso de Atención del PAD y CP	10
	2.1.3.1. Red de Centros Públicos	11
	2.1.3.2. Recomendaciones en Alivio del Dolor y Cuidados paliativos	12
	2.1.4. Organización Mundial de la Salud y Cuidados Paliativos	13
	2.1.5. Fundamentos Teóricos de Enfermería en el Cáncer Avanzado	14
	2.1.6. Virginia Henderson: “Modelo de las 14 Necesidades Básicas”	14
	2.1.6.1. Necesidades Fisiológicas	18
	2.1.6.2. Necesidades Psicológicas	20
	2.1.6.3. Necesidades Espirituales	21

2.1.7. Gestión del Cuidado de Enfermería en Pacientes con Cáncer Avanzado	21
2.1.7.1. Concepto de Cuidado de Enfermería	22
2.1.8. Cuidados de Enfermería en Pacientes con Cáncer Avanzado	22
2.1.9. Aspectos Éticos en Cuidados Paliativos	28
2.1.9.1. La Bioética y Cuidados Paliativos	28
2.1.9.2. Los Principios de la Bioética y su relación con el enfermo con Cáncer Avanzado	29
2.1.9.3. Muerte Digna	31
2.2 La Familia con integrante con Cáncer Avanzado	32
2.2.1. El Diagnóstico: Cáncer Avanzado	32
2.2.2. Manifestaciones del Diagnóstico de Cáncer Avanzado	33
2.2.3. Los Familiares como Cuidadores	34
2.2.4. La Familia como Apoyo al Paciente con Cáncer Avanzado	34
2.2.5. Actuación de Enfermería ante la Familia	35
2.3 La Comunicación en Cuidados Paliativos	36
2.3.1. Habilidades de Comunicación	37
2.4 Objetivos	40
2.4.1. Objetivos Generales	40
2.4.2. Objetivos Específicos	40
2.5 Definición y Operacionalización de Variables	41

3.	METODOLOGÍA	46
3.1	<i>Diseño de la Investigación</i>	47
3.1.1.	Constitución y Organización del Grupo	47
3.1.2.	Tipo de Diseño de Investigación	48
3.1.3.	Población en Estudio	48
3.1.4.	Diseño Muestral	49
3.1.5.	Método de Recolección de Datos	49
3.1.6.	Criterios de Exclusión	50
3.1.7.	Descripción del Instrumento	50
3.1.8.	Estudio de confiabilidad del Instrumento	51
3.1.9.	Criterios Utilizados para el Análisis de los Datos	51
3.1.10.	Organización del Trabajo en Terreno	54
4.	RESULTADOS Y ANÁLISIS DE GRÁFICOS Y TABLAS	55
4.1	<i>Resultados Descriptivos</i>	56
5.	CONCLUSIONES	75
5.1.	<i>Análisis Descriptivos de los Resultados</i>	76
5.2.	<i>Conclusiones</i>	79
5.3.	<i>Recomendaciones</i>	81
5.4.	<i>Resumen</i>	82

BIBLIOGRAFÍA GENERAL	83
Libros	84
Sitios Web	85
ANEXOS	87
Apéndice A	88
Apéndice B	94

INDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla N° 1: Distribución de la muestra según grupo etáreo	56
Gráfico N° 1: Distribución de la muestra según grupo etáreo	56
Tabla N° 2: Prevalencia de los tipos de Cáncer de la muestra	57
Gráfico N° 2: Prevalencia de los tipos de Cáncer de la muestra	57
Tabla N° 3: Distribución Porcentual del Grado de Satisfacción de la Necesidad de Comer y Beber Adecuadamente	58
Tabla N° 4: Distribución Porcentual del Grado de Satisfacción de la Necesidad de Eliminar por Todas las Vías Corporales	58
Gráfico N° 3: Distribución Porcentual del Grado de Satisfacción de la Necesidad de Eliminar por Todas las Vías Corporales	59
Tabla N° 5: Distribución Porcentual de la Satisfacción de la Necesidad de Eliminar por Todas las Vías Corporales por Conducta según Control del Profesional de Enfermería	59
Gráfico N° 4: Distribución Porcentual de la Satisfacción de la Necesidad de Eliminar por Todas las Vías Corporales por Conducta según Control del Profesional de Enfermería	60
Tabla N° 6: Distribución Porcentual del Grado de Satisfacción de la Necesidad de Dormir y Descansar	61
Gráfico N° 5: Distribución Porcentual del Grado de Satisfacción de la Necesidad de Dormir y Descansar	61

Tabla N° 7: Distribución Porcentual del Grado de Satisfacción de la Necesidad de Moverse y Mantener Posturas Adecuadas	62
Gráfico N° 6: Distribución Porcentual del Grado de Satisfacción de la Necesidad de Moverse y Mantener Posturas Adecuadas	62
Tabla N° 8: Distribución Porcentual del Grado de Satisfacción de la Necesidad de Mantener la temperatura dentro de los Límites Normales Adecuando la Ropa y Modificando el Entorno	63
Gráfico N° 7: Distribución Porcentual del Grado de Satisfacción de la Necesidad de Mantener la temperatura dentro de los Límites Normales Adecuando la Ropa y Modificando el Entorno.....	63
Tabla N° 9: Distribución Porcentual del Grado de Satisfacción de la Necesidad de Mantener la Higiene Corporal y la Integridad de la <i>Piel</i>	64
Gráfico N° 8: Distribución Porcentual del Grado de Satisfacción de la Necesidad de Mantener la Higiene Corporal y la Integridad de la <i>Piel</i>	64
Tabla N° 10: Distribución Porcentual del Grado de Satisfacción de la Necesidad de Evitar los Peligros Ambientales y Evitar Lesionar a Otras Personas (Dolor).....	65
Gráfico N° 9: Distribución Porcentual del Grado de Satisfacción de la Necesidad de Evitar los Peligros Ambientales y Evitar Lesionar a Otras Personas (Dolor).....	65
Tabla N° 11: Distribución Porcentual del Grado de Satisfacción de la Necesidad de Evitar los Peligros Ambientales y Evitar lesionar a otras personas (Dolor) en la Institución N° 1.....	66

Gráfico N° 10: Distribución Porcentual del Grado de Satisfacción de la Necesidad de Evitar los Peligros Ambientales y Evitar lesionar a otras personas (Dolor) en la Institución N° 1	66
Tabla N° 12: Distribución Porcentual del Grado de Satisfacción de la Necesidad de Evitar los Peligros Ambientales y Evitar lesionar a otras personas (Dolor) en la Institución N° 2	67
Gráfico N° 11: Distribución Porcentual del Grado de Satisfacción de la Necesidad de Evitar los Peligros Ambientales y Evitar lesionar a otras personas (Dolor) en la Institución N° 2	67
Tabla N° 13: Distribución Porcentual del Grado de Satisfacción de la Necesidad de Vivir de Acuerdo con sus Propios Valores y Creencias.....	68
Gráfico N° 12: Distribución Porcentual del Grado de Satisfacción de la Necesidad de Vivir de Acuerdo con sus Propios Valores y Creencias.....	68
Tabla N° 14: Distribución Porcentual de la satisfacción de la Necesidad de Vivir de acuerdo a sus Propios Valores y Creencias por Conducta según Control del Profesional de Enfermería.....	69
Gráfico N° 13: Distribución Porcentual de la satisfacción de la Necesidad de Vivir de acuerdo a sus Propios Valores y Creencias por Conducta según Control del Profesional de Enfermería	69
Tabla N° 15: Distribución Porcentual del Tipo de Cuidado de Enfermería en Pacientes con Cáncer Avanzado	70
Gráfico N° 14: Distribución Porcentual del Tipo de Cuidado de Enfermería en Pacientes con Cáncer Avanzado.....	70

Tabla N° 16: Distribución Porcentual del Grado de Apoyo Emocional a la Familia.....	71
Gráfico N° 15: Distribución Porcentual del Grado de Apoyo Emocional a la Familia.....	71
Tabla N° 17: Distribución Porcentual del Grado de Educación a la Familia.....	72
Gráfico N° 16: Distribución Porcentual del Grado de Educación a la Familia.....	72
Tabla N° 18: Distribución Porcentual del Tipo de Apoyo del Profesional de Enfermería a la Familia del Paciente con Cáncer Avanzado.....	73
Gráfico N° 17: Distribución Porcentual del Tipo de Apoyo del Profesional de Enfermería a la Familia del Paciente con Cáncer Avanzado.....	73
Tabla N° 19: Distribución Porcentual de la Relación del Acompañante con el Grupo en Estudio.....	74
Gráfico N° 18: Distribución Porcentual de la Relación del Acompañante con el Grupo en Estudio.....	74



CAPÍTULO 1

INTRODUCCIÓN

Capítulo 1: Introducción

1.1 Introducción

Al reflexionar sobre la vida es inevitable llegar a pensar en la muerte. La muerte que no sólo abre a lo desconocido, sino que aleja de un universo que es familiar y dentro del cual se está sumido en innumerables recuerdos. Pero, ¿Qué tan próximo o lejano se está de la muerte? La respuesta para muchos es incierta, sólo se tiene claro que la muerte es la culminación natural de la vida, y como tal el acontecimiento universal que todos enfrentan, siendo para la mayor parte de los individuos sanos algo ajeno y lejano.

Puesto que para vivir es necesario tener una óptima salud, tener un grupo de pares, realizarse como persona y estar a gusto con la propia vida, en el momento en que se

comunica que se está enfermo y de que esta enfermedad es terminal se derrumba la vida ante los ojos. El hecho de incorporar la frase “cáncer terminal” provoca una desestructuración de la vida actual, aunque ésta anteriormente haya sido plena y satisfactoria.

El fenómeno de la muerte, aunque aparentemente es considerado como algo natural e inevitable, en nuestra sociedad es inconscientemente negado. Socialmente, hablar de muerte se considera siniestro y de mal gusto, además de innecesario.

El enfermo terminal no es un enfermo grave cualquiera, sino aquel con un destino dado; el diagnóstico, evolución y falta de respuesta positiva al tratamiento es, con seguridad casi absoluta, la muerte.

Por otra parte, las estadísticas nos señalan que el cáncer en el adulto es la segunda causa de muerte en el grupo mayor de 15 años, sólo precedida por las enfermedades cardiovasculares.

La tasa de mortalidad por cáncer en el 2002 fue de 122.8 por 100.000 adultos; y la tasa de incidencia por cáncer se estima en 220 a 240 por 100.000 habitantes.

Capítulo 1: Introducción

...sos nuevos por año en Chile, cifras que conducen a una demanda importante del cuidado de enfermería.

El motivo de esta investigación es conocer los cuidados de enfermería que se otorgan a este tipo de pacientes; cómo se satisfacen sus necesidades y si se cumplen los parámetros establecidos por el Ministerio de Salud (MINSAL) a través de las Garantías Explícitas en Salud (GES) y el Programa De Cuidados Paliativos y Alivio Del Dolor, vigentes actualmente en Chile.

Es por esto, y por la nueva connotación de este tema en la sociedad actual, cabe la pregunta: ¿Cuál es el cuidado de enfermería y que desafíos se plantean para el siglo XXI?

A través de este estudio se espera responder esta pregunta y así efectuar un aporte al quehacer de enfermería en esta área.

Capítulo 1: Introducción

1.2 Delimitación del Problema

Gestión de los Cuidados de Enfermería otorgados a pacientes con Cáncer Avanzado y apoyo a sus familias, brindado por el profesional de Enfermería en el Programa de Cuidados Paliativos y Alivio del Dolor, en los consultorios de especialidades de Viña del Mar y Quillota, durante el mes de octubre del año 2006.

Capítulo 1: Introducción

1.3 Definición de Términos

Gestión del Cuidado de Enfermería: Atención integral que otorga el profesional de enfermería hacia el paciente con Cáncer Avanzado perteneciente al Programa de Cuidados Paliativos y Alivio del Dolor y el Apoyo que brinda a sus familiares durante los controles en los establecimientos de atención secundaria del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota (SSVQ).

Cuidado de Enfermería: Cuidado otorgado por el profesional de Enfermería a los pacientes con Cáncer Avanzado, pertenecientes al programa de Cuidados Paliativos y Alivio del Dolor pertenecientes al consultorio de atención secundaria del SSVQ, para la satisfacción de las necesidades básicas, según el modelo de Virginia Henderson.

Apoyo a la Familia: Todas las acciones que realiza el profesional de Enfermería con el fin de brindar apoyo emocional a la familia del paciente con Cáncer Avanzado, aliviar la carga física, psicológica y espiritual de ésta, y participación en el tratamiento paliativo y nexos efectivos entre el paciente y el personal de salud que atiende al paciente.

Paciente con Cáncer Avanzado: Toda persona diagnosticada con Cáncer Avanzado, beneficiaria del sistema de salud público, que ingresa al programa de Cuidados Paliativos y Alivio del Dolor, pertenecientes al consultorio de atención secundaria del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota (SSVQ).

Capítulo 1: Introducción

1.4 Limitaciones del Estudio

- **Etapa de diseño:**
 - Ausencia de experiencia en investigaciones científicas por parte de las tesistas.
 - Escaso material bibliográfico a nivel nacional por lo nuevo del tema a investigar.
 - Horas semanales destinadas a la Cátedra “Seminario Tesis” insuficientes para el desarrollo de la investigación.

- **Etapa de ejecución:**

- La negación por parte de campos clínicos para la aplicación del instrumento de recolección de datos.
- Paralización de actividades por parte de los trabajadores de la salud en fecha estimada para la recolección de datos.
- Incompatibilidad de horarios de atención de los campos clínicos con los de las tesis.
- Dificultad para observar el rol del profesional de enfermería debido a que la atención es simultánea con el médico.
- Dificultad para realizar reuniones grupales fuera del horario establecido por la cátedra, por incompatibilidad horaria entre las tesis.

- **Análisis de datos:**

- Trabajar en contra del tiempo lo que expone a errores.

CAPÍTULO 2

MARCO CONCEPTUAL

Capítulo 2: Marco Conceptual

2.1 Marco Teórico

2.1.1 Generalidades

El interés por el tema de los enfermos terminales se ha enfocado desde diversas perspectivas, y en los últimos 40 años ha dejado de ser un tópico que se deba evitar u omitir.

Aunque las referencias a la muerte han sido numerosas en todas las civilizaciones y culturas, el cuidado del enfermo moribundo a través de la historia, no está claramente

definido y la mayoría de las veces está sujeto a la especulación que parte de los ritos de la muerte.

Con anterioridad al siglo XX se escribió muy poco sobre el cuidado de los moribundos, pero a partir de los siglos que solemos llamar modernos, se da una creciente estimación a la existencia terrena, lo que da lugar a un considerable cambio en la estimación personal y social del enfermar; tomando importancia el ansia de vivir; la consecuencia de que el arte de dirigir la propia vida puede ayudar eficazmente al logro de ese fin se constituye en la meta del hombre renacentista. Surgen entonces cada vez más avances respecto al cuidado que se debe otorgar a los pacientes terminales, ya no sólo enfocado en aliviar molestias físicas sino que, mayormente, a aliviar el dolor espiritual que provoca una enfermedad incurable.

En nuestro país los primeros equipos de cuidados paliativos empezaron a trabajar al inicio de la década de los 90'; se publicaron normas ministeriales en 1995 y actualmente existe un Programa Nacional de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos que está entre las prioridades de salud del país, programa que se presenta a continuación.

Capítulo 2: Marco Conceptual

2.1.2 Programa Nacional de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos

El Programa Nacional de Alivio del Dolor por Cáncer y Cuidados Paliativos (PAD y CD) emerge en 1994 del Programa Nacional de Cáncer del MINSAL y hace propio el Modelo de Continuidad de los Cuidados, propuesto por el programa de Lucha contra el Cáncer de la Organización Mundial de la Salud, 2003.

A nivel nacional la atención de los pacientes con Cáncer Avanzado se efectúa a través de

lo establecido en la Norma General Técnica N° 31 y 32, “Programa Nacional Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos a Pacientes con Cáncer Terminal PAD y CP” y “Norma de Enfermería para el Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos (AD y CP)” del MINSAL; donde están contenidos los protocolos del tratamiento del dolor por cáncer y control de otros síntomas.

El PAD y CP proporciona el conjunto de cuidados y tratamientos durante el proceso de atención del programa: ingreso, evaluación, educación, tratamiento, control y seguimiento a las personas de cualquier edad y de ambos sexos, derivadas por el especialista del nivel de atención secundaria o terciaria por diagnóstico de cáncer en etapa terminal.

Procura contribuir a mejorar la calidad de vida del paciente con cáncer terminal y apoyar también a su familia.

Plantea para ello:

- Aliviar el dolor y controlar los síntomas molestos derivados de la condición del paciente, del tratamiento administrado, o del avanzado estado de la enfermedad.
- Continuar con los cuidados en el hogar del paciente cuando éste se encuentra ~~nostrado~~ *a través de su propia* familia y el apoyo del equipo de salud.

Capítulo 2: Marco Conceptual

La familia para que, juntos con el equipo de salud, cuiden del paciente en su hogar.

El principal objetivo es “Mejorar la calidad de vida de los enfermos con Cáncer Avanzado de ambos sexos y toda edad, a través de la oportuna derivación, ingreso, evaluación y tratamiento adecuado y oportuno de la Unidad Paciente - Familia”.

2.1.3 Proceso de Atención del PAD y CP

La atención se inicia con el ingreso del paciente a la Unidad o Centro de Cuidados Paliativos, derivado por especialistas del nivel secundario o terciario con diagnóstico confirmado de cáncer en etapa avanzada, objetivada con antecedentes clínicos, de

laboratorio e imágenes, con consentimiento informado del paciente y su familia, con indicación de tratamiento a la Unidad de Alivio del Dolor por Cáncer y Cuidados Paliativos, ubicada generalmente en el establecimiento de mayor complejidad ambulatoria.

Los centros o unidades de alivio del Dolor por cáncer y Cuidados Paliativos oficiales disponen de horas, personal especialista conformado por un equipo de salud básico (médico, enfermera, químico farmacéutico capacitado) y técnico paramédico de enfermería. Es también indispensable considerar otras horas profesionales, para los cuidados del nutricionista, asistente social, psicólogos y terapeutas. Las unidades oficiales, deben disponer de planta física identificable, con instalaciones y equipos en condiciones de atender a las personas con Cáncer Avanzado y resolver las eventuales urgencias.

Se considera como población objetivo a las personas diagnosticadas con Cáncer Avanzado, confirmado por especialista de nivel secundario o terciario, de ambos sexos y toda edad con pronóstico de 6 meses en promedio de vida. Éstos se pueden atender dentro de la red de centros públicos, los cuales se describen a continuación.

Capítulo 2: Marco Conceptual

2.1.3.1 Red de Centros Públicos

El PAD y CP corresponde a 41 Centros o Unidades de Cuidados Paliativos, 28 para adultos y 13 para niños.

Al interior de cada Servicio de Salud funciona la red asistencial intraservicio con otras unidades de cuidados paliativos de su dependencia.

A continuación, las unidades pertenecientes a la Quinta Región de Valparaíso.

- Hosp. De San Felipe de los Andes (San Felipe).
- Hosp. de Llay-Llay.

-
- Hosp. Dr. Gustavo Fricke (Viña del Mar).
 - Hosp. Limache.
 - Hosp. Quilpué.
 - Hosp. La Calera.
 - Hosp. La Ligua.
 - Hosp. Quintero.
 - Hosp. Herminda San Martín (Quillota).
 - Hosp. Van Buren, (Valparaíso).
 - Hosp. Dr. Eduardo Pereira (Valparaíso).

La asistencia paliativa es un enfoque que busca mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias al afrontar los problemas asociados con una enfermedad potencialmente mortal, gracias a la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales. Los Cuidados Paliativos pretenden controlar o aliviar el dolor y otros síntomas angustiantes; ayudar a las personas enfermas a que rearmen su vida junto a sus familias y consideren la muerte como un proceso normal; integrar los aspectos psicológicos y espirituales, tanto como los cuidados

Capítulo 2: Marco Conceptual sistema de apoyo concreto para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como puedan hasta su muerte; abordar las necesidades de los pacientes y sus familias, incluida la orientación para afrontar la pérdida de un ser querido, cuando sea pertinente; contribuir a mejorar la calidad de vida e influir positivamente en el curso de la enfermedad; y, por sobre todo, no pretender acelerar o aplazar la muerte.

2.1.3.2 Recomendaciones en Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos (1)

1. Los pacientes deben recibir información acerca del manejo del dolor y ser incentivados para tomar un rol activo.

-
2. Deben seguirse las recomendaciones de analgesia creciente según la Organización Mundial de la Salud (OMS), de acuerdo a la intensidad del dolor manifestado por el paciente y evaluado por tablas estandarizadas.
 3. Todos los pacientes con dolor moderado a severo deben recibir un tratamiento de opioides.
 4. La analgesia para el dolor continuo debe ser dada en forma regular y no según necesidad.
 5. La educación continua en manejo de dolor debiera estar disponible para todos los profesionales de salud a cargo de pacientes con Cáncer Avanzado.
 6. Evaluación: primero debe evaluarse el tipo y severidad del dolor.
 7. El paciente debe ser su principal evaluador.
 8. Para un efectivo control del dolor físico deben considerarse todas las dimensiones del dolor: funcional, psicosocial, y espiritual.
 9. Deben emplearse herramientas muy simples para evaluar el dolor.
 10. El dolor agudo severo debe manejarse como una urgencia médica y el paciente debe ser evaluado lo antes posible.
 11. La evaluación psicológica y social de pacientes debiera ser realizada por el equipo de salud, incluyendo evaluación de ansiedad y depresión.

Capítulo 2: Marco Conceptual OMS dicta referente a los cuidados paliativos y alivio del dolor.

2.1.4 Organización Mundial de la Salud (OMS) y Cuidados Paliativos (CP) (3)

Para la OMS una de las metas principales de los Cuidados Paliativos es el control del dolor y de otros síntomas para que el paciente pueda permanecer lo más alerta y cómodo posible.

Los programas de cuidados paliativos proporcionan servicios en varias situaciones: en el hogar, en centros de cuidados paliativos, en hospitales o en establecimientos capacitados para asistir enfermos.

Las familias de los pacientes son también un enfoque importante de los cuidados paliativos, y los servicios están diseñados para proporcionarles la asistencia y el apoyo que necesitan.

El envejecimiento de la población, el aumento de las enfermedades crónicas y la mayor supervivencia en las enfermedades oncológicas hace que exista un grupo de pacientes complejos con elevado consumo de recursos sanitarios, lo que obliga estratégicamente a todos los Sistemas de Salud a buscar nuevas fórmulas asistenciales que mejoren por un lado la atención de los pacientes y por otro aseguren una más eficiente utilización de los recursos destinados.

Conociendo la esfera de los cuidados paliativos dentro del contexto nacional y visión universal, a través de la OMS, podemos adentrarnos en la misión competente de enfermería, para lo cual conoceremos los fundamentos teóricos en enfermería respecto a los cuidados paliativos.

Capítulo 2: Marco Conceptual

2.1.5 Fundamentos Teóricos de Enfermería en el Cáncer Avanzado (4)

Es frecuente que en un paciente terminal coexistan múltiples síntomas, cambiantes e intensos y cuyo origen es variado y que, además, causen en él un cierto grado de incapacidad, preocupación e impacto emocional. Por lo general, a medida que avanza la enfermedad, el número de síntomas y su intensidad se incrementan; por lo que cuando la

familia o el personal sanitario cuidan del enfermo, no sólo le ayudan a afrontar los problemas físicos, sino que consiguen que mejore su calidad de vida y bienestar. Los cuidados generales del paciente deben estar adaptados a su situación y pronóstico, por lo que es necesario establecer las prioridades de cada momento. Para lograr identificar cuales son estos cuidados o acciones que se deben realizar ante un paciente con Cáncer Avanzado debemos apoyarnos en fundamentos teóricos.

Los fundamentos teóricos, desde el punto de vista de enfermería, que orientan esta investigación, emanan del modelo que consideramos que se ajustan a nuestros propósitos, y que corresponde a la labor de enfermería en la satisfacción de las necesidades básicas de una persona. Este es el modelo propuesto por Virginia Henderson y la satisfacción de las 14 necesidades básicas.

2.1.6 Virginia Henderson: “Modelo de las 14 Necesidades Básicas” (5)

Para Henderson “La única función de la Enfermería es ayudar al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud o a su recuperación o a una muerte tranquila y que éste podría realizar sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario, asimismo, es preciso realizar estas acciones de tal forma que el individuo pueda ser independiente lo antes posible”.

Capítulo 2: Marco Conceptual ayudar al paciente a avanzar hacia la independencia o a una muerte tranquila; valorando, planificando, implementando y evaluando cada uno de las 14 necesidades básicas, a través de los cuidados de Enfermería. El proceso de atención de enfermería es un proceso normal de resolución de problemas.

En la fase de valoración, el profesional de enfermería debe valorar al paciente según las 14 necesidades básicas para reunir los datos, deberá utilizar los cinco sentidos y no valorar solo necesidades, sino también considerar las características y los estados

patológicos que los modifican. Todo profesional de enfermería debe ponerse en el lugar de todos sus pacientes para saber cuáles son sus necesidades alteradas. Después debe verificar las necesidades detectadas con el paciente. Al final de la fase de valoración, el profesional de enfermería deberá analizar los datos recogidos, lo que implica poseer conocimientos sobre lo que es normal en la salud y en la enfermedad.

La fase de planificación debe ajustarse a las necesidades del individuo, el plan debe actualizarse siempre que sea necesario.

En la fase de implementación, el profesional de enfermería ayuda al paciente a realizar actividades para mantener la salud, recuperarse o conseguir una muerte tranquila.

Para lograr satisfacer estas necesidades el profesional de enfermería debe adquirir un grado de relación con el paciente. Henderson propone tres tipos de relaciones entre la enfermera/o y el paciente que van de una dependencia mayor o menor:

Sustituta: En los casos de enfermos muy graves, el profesional de enfermería es el sustituto de todo lo que el paciente necesita para sentirse completo o independiente y no puede conseguir por falta de fuerza física, voluntad o conocimiento.

Capítulo 2: Marco Conceptual de convalecencia, el profesional de enfermería ayuda al paciente a adquirir su independencia o a recuperarla. Henderson afirmó: “La independencia es un término relativo. Todos dependemos de los demás, pero luchamos por conseguir una interdependencia saludable y evitar una dependencia enfermiza”.

Colaboradores: el profesional de enfermería y el paciente elaboran juntos el plan de cuidados.

La relación profesional de enfermería - Médico: el profesional de enfermería tiene una función especial, diferente a la de los médicos, su trabajo es independiente, aunque existe una gran relación entre uno y otro dentro del trabajo, hasta el punto en que algunas funciones se superponen.

El profesional de enfermería como miembro del equipo sanitario trabaja en forma independiente con respecto a los otros profesionales de salud. Todos se ayudan mutuamente para completar el programa de cuidado al paciente, pero no deben realizar las tareas correspondientes al resto de los integrantes del equipo de salud

Virginia Henderson propone catorce necesidades básicas: biológicas, psicológicas y espirituales. Estas son:

1. Respirar normalmente.
 2. Comer y beber adecuadamente.
 3. Eliminar por todas las vías corporales.
 4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
 5. Dormir y descansar.
 6. Escoger ropa adecuada; vestirse y desvestirse.
 7. Mantener la temperatura dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el entorno
- Capítulo 2: Marco Conceptual** la integridad de la piel.
9. Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.
 10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u/o opiniones.
 11. Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias.
 12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.
 13. Participar en actividades recreativas.

14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles.

Puede observarse una correlación con la jerarquía establecida por Maslow. Según éste existen cinco categorías básicas de necesidades del hombre que se ordenan por prioridad en cuanto a su satisfacción. Estas son fisiológicas, protección y seguridad, amor y pertenencia, estimación y realización personal.

Si bien por las características del estado terminal de esta patología, todas las necesidades se verán alteradas en mayor o menor grado, las necesidades en las que nos enfocaremos en esta investigación en el paciente con Cáncer Avanzado, serán aquellas que tienen mayor demanda en el paciente que asiste a los controles del programa de Cuidados Paliativos y Alivio del Dolor y que aún no se encuentra en estado de postración. Estas son:

- Comer y beber adecuadamente.
- Eliminar por todas las vías corporales.
- Moverse y mantener posturas adecuadas.
- Dormir y descansar.
- Mantener la temperatura dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el entorno

Capítulo 2: Marco Conceptual la integridad de la piel.

- Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.
- Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias.
- Participar en actividades recreativas.
- Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles.

Debido a que los cuidados continuos se efectúan mayormente por el propio paciente y su familia, la necesidad de aprendizaje, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles, es requerida a lo largo de todo el control del programa, por lo tanto, esta necesidad no será observada de manera aislada, sino inmersa en el resto de las necesidades.

A continuación se describen cada una de las necesidades consideradas para el estudio.

2.1.6.1 Necesidades Biológicas

Necesidad de comer y beber adecuadamente: en el paciente con Cáncer Avanzado esta necesidad se altera por la incapacidad o dificultad de deglutir (disfagia) debido a la pérdida del tono muscular. La disminución progresiva de la peristalsis del tubo digestivo lleva a un apetito anímico. En estos pacientes también es común el síndrome paraneoplásico de anorexia, adelgazamiento y caquexia. El aporte calórico está disminuido por la anorexia y las anormalidades de la gustación; esta alteración de la nutrición se asocia a que el cáncer con frecuencia se acompaña de un metabolismo intenso.

Necesidad de eliminar por todas las vías corporales: hay micción y defecación muscular, se presenta estreñimiento debido a la *Capítulo 2: Marco Conceptual* posuación, peristalsis disminuida, y como efecto secundario de los medicamentos.

Necesidad de moverse y mantener posturas adecuadas: se ve alterada debido a que algunas células cancerosas segregan sustancias al torrente sanguíneo que causan coágulos en venas de extremidades o sustancias parecidas a las hormonas que afectan los niveles de calcio en la sangre, lo que resulta perjudicial para nervios y músculos causando debilidad y cansancio. En estados más avanzados la persona se encuentra postrada lo que se agrava en aquellos pacientes alterados de conciencia y con pérdida de tono muscular.

Necesidad de dormir y descansar: se altera por diversos factores tales como la presencia continua de dolor, posiciones viciosas, angustia por su agonía, movilidad restringida, cambios frecuentes de posición y síntomas neuropsicológicos como insomnio, ansiedad y estado confusional agudo.

Necesidad de mantener la temperatura dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el entorno: hay una disminución de la circulación periférica provocando que la temperatura corporal de extremidades y órganos de poca irrigación como orejas y nariz tengan una sensación térmica disminuida. Las células neoplásicas pueden producir pirógenos que provocarían la aparición de fiebre. El cáncer puede ocasionar reacciones en el sistema inmunológico, de manera que se pueden producir infecciones con sus consecuentes signos y síntomas.

Necesidad de mantener higiene corporal y la integridad de la piel: esta necesidad se altera debido a los problemas asociados a la patología, como malnutrición, pérdida de movilidad, postración y disminución de la irrigación sanguínea, lo que desencadenaría que la piel y mucosas sufran alteraciones.

Necesidad de evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas (dolor): a medida que el cáncer se desarrolla, comienza a ejercer presión en órganos, vasos y nervios lo que provocará dolor intenso, síntoma más frecuente en los enfermos con Cáncer Avanzado. Este dolor constituye un mecanismo de defensa fisiológico actuando como componente del factor biofisiológico que influencia esta necesidad: si éste no se logra contener, dará lugar a otras alteraciones como insomnio, aumento de la susceptibilidad al dolor, desesperación, inanición, incapacidad, pérdida de independencia, aislamiento de familia y amigos e incapacidad para concentrarse en otra cosa que no sea el dolor, por esta razón lo incluimos en esta necesidad y no en otra. Diversos autores clasifican al dolor en otras necesidades, así “El dolor, es un elemento que ha sido incluido

en la valoración de distintas necesidades aunque de un modo más específico pensamos que debe ser considerado en la necesidad de reposo y sueño” (Fernández Ferrín C., Novel Martí G. 1993. El Proceso de Atención de Enfermería, Estudio de Casos. Masson – Salvat.)

2.1.6.2 Necesidades Psicológicas

Necesidad de participar en actividades recreativas: la situación misma del paciente con Cáncer Avanzado muchas veces hace que pierda la motivación por realizar otras actividades y se ensimisma.

Necesidad de aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y usar los recursos disponibles: paciente y familia se enfrentan a una situación que muchas veces tiende a salir de control, debido al estrés que todo esto conlleva y al desconocimiento que se tiene sobre los cuidados y pasos a seguir; por esto la importancia de mantener un contacto estrecho con los profesionales y que estos entreguen las herramientas necesarias para que la familia y paciente logren sobrellevar la situación con la mayor eficacia.

Capítulo 2: Marco Conceptual

2.1.6.3 Necesidades Espirituales

Necesidad de vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias: las necesidades espirituales del paciente son individuales. Cada persona se enfrenta a la muerte con la religión o con la ausencia de ésta en su propio estilo, aunque algunos tratan de enfrentarse con la cesación de la existencia de mente y cuerpo. Muchos pacientes necesitan visualizar

su mente en un contexto religioso. Existen tantas percepciones de la muerte como personas, lo importante es brindarles apoyo independientemente de su creencia.

Desde la perspectiva de este modelo conceptual de enfermería, se puede concretar en la labor que actualmente realiza el profesional, labor que se reconoce y desarrolla como gestión del cuidado.

2.1.7 Gestión Del Cuidado de Enfermería en Pacientes con Cáncer Avanzado (6)

Se refiere a la aplicación de un juicio profesional en la planificación, dirección, control y evaluación de los cuidados de enfermería otorgados, a fin de que éstos sean oportunos, continuos, personalizados, seguros y accesibles para los usuarios. Los cuidados los brinda el profesional de enfermería directamente y/o a través del equipo de enfermería a su cargo, el que actuará bajo la supervisión de aquel. La gestión del cuidado constituye un ejercicio de competencias personales, profesionales e instrumentales para organizar, coordinar y articular los cuidados en diferentes niveles de atención, asegurando con ello la continuidad de los mismos, que es una pieza clave para lograr la efectividad de dichos cuidados. El profesional de enfermería es el responsable de la eficiente administración de los recursos humanos y materiales.

Capítulo 2: Marco Conceptual donde, el cuidado propiamente tal de enfermería el cual se conceptualiza a continuación.

2.1.7.1 Concepto de Cuidado de Enfermería

- Es una actividad esencial de la existencia humana.
- Constituye la esencia de la profesión, y con una mirada global se debe considerar como un medio para lograr un fin que es propender a la salud de las personas.

-
- Se basa en el respeto a las personas.
 - Es intencional, planificado y dirigido.
 - Es un proceso interpersonal y tiene etapas.
 - Su carácter es personal e implica una interacción profesional.
 - Se da en un contexto, no es aislado.
 - Se mueve en un continuo salud-enfermedad.

El cuidado de enfermería se desarrolla holísticamente en todas las etapas que cursa el ser humano, desde su nacimiento, hasta su muerte, y deteniéndonos en este punto para encausarnos en el tópico de este estudio se detalla a continuación el cuidado pertinente a las personas con Cáncer Avanzado en el contexto conceptual de la satisfacción de las necesidades básicas.

Por motivos prácticos y según los criterios establecidos en el estudio se abarcan nueve de las catorce descritas por Virginia Henderson.

2.1.8 Cuidados De Enfermería Al Paciente Con Cáncer Avanzado (7)

1) Cuidados de Enfermería en Relación a la Necesidad de Comer y Beber Adecuadamente

- Ambiente relajado y tranquilo. Tratar la ansiedad.
- Paciente sentado o semisentado, si se encuentra inconsciente en decúbito lateral.

Capítulo 2: Marco Conceptual

- es, es preferible darle pequeñas proporciones y según demanda. Dietas de fácil masticación. Lo más importante cuando se enfrenta a la anorexia/caquexia es saber que el paciente debe comer lo que quiera, cuando quiera y como quiera.
- Indicar que la familia le de a beber infusiones. Incrementar la ingesta de líquidos si el estado del paciente lo permite, para evitar la deshidratación.

-
- Cuidados de la cavidad oral.
 - Evitar olores fuertes: limpiadores, colonias, comidas muy condimentadas.
 - Evaluar impactación fecal, distensión abdominal o dolor.
 - Si paciente está encamado, posición de Fowler para la ingesta y por una hora más para favorecer el tránsito, y al mismo tiempo evitar complicaciones en caso de vómito.

2) Cuidados de Enfermería en Relación a la Necesidad de Eliminar por Todas las Vías Corporales

- Valorar hábitos de defecación, registro diario de deposiciones y consistencia de las heces.
- Uso profiláctico de laxantes naturales.
- Favorecer ingesta de líquidos y alimentos ricos en fibras, siempre que sea posible.
- Aumentar el ejercicio físico moderado, siempre que sea posible.
- Proporcionar intimidad en el momento de la evacuación.
- Realización de tacto rectal, previa educación a la familia sobre esta técnica, si en tres días no hay defecación, para comprobar la presencia de fecaloma.
- Indicar el colocar pañales o empapadores en la cama y cambiarlos cada vez que sea necesario.
- Si la causa de la diarrea es impactación fecal, utilizar enemas de limpieza.

Capítulo 2: Marco Conceptual

3) Cuidados de Enfermería en Relación a la Necesidad de Dormir y Descansar (Insomnio-Ansiedad)

-
- Indicar que se proporcione un ambiente cálido y amable, por parte de todos, familia, cuidadores, sin ruidos y luz adecuada.
 - Enseñarle técnicas de relajación pasiva, masajes.
 - Valorar el nivel de ansiedad del paciente y si fuese necesario avisar al especialista.
 - Escucha activa, ayudando al paciente a expresar sus sentimientos.
 - Informarle de todo aquello que le preocupa, si el paciente lo desea.
 - Acompañamiento del paciente, siempre que sea posible y él lo demande.
 - Terapia ocupacional, para disminuir el aislamiento.

4) Cuidados de Enfermería en la Necesidad de Mantener la Higiene Corporal e Integridad de la Piel

- Indicar ayuda en el baño y fomento de su autonomía.
- Ayuda en vestimenta y arreglo personal en base a los gustos del paciente.
- Realizar baño en cama diariamente si esta postrado.
- Estimular aseo bucal autónomo después de cada comida o utilizar algodón para limpiar mucosa oral.
- Aplicar pomadas protectoras en la zona perianal, para evitar maceración de la piel.
- Indicar el realizar higiene perianal al paciente inmediatamente después de cada deposición.
- En el aseo no utilizar productos irritantes y si las deposiciones son muy frecuentes utilizar solamente agua.

Capítulo 2: Marco Conceptual

5) Cuidados de enfermería en la necesidad de moverse y mantener posturas adecuadas

-
- Evaluar grado de movilidad física, limitaciones, evolución, autonomía / dependencia constantemente.
 - Evaluar tono y fuerza muscular y de articulaciones, formas y atrofas.
 - Determinar factores que influyen directa e indirectamente en la mantención de la movilidad física.
 - Recomendar ejercicios activo / pasivos de la musculatura según sea necesario.
 - Recomendar y demostrar masajes circulatorios y de relajación muscular en zonas rígidas o pasmadas.
 - Recomendar mantener siempre al paciente en una posición cómoda, con apoyo en todas las zonas de mayor presión.
 - Indicar y fomentar el cambio de posición cada dos horas en pacientes postrados y sus respectivos masajes, antes descritos (circulatorios y de relajación).
 - Estimular el ejercicio suave y de mantención del tono muscular en los pacientes que conservan su aparato locomotor.

6) Cuidados de Enfermería de la Necesidad de evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas: DOLOR

- Evaluar tipo, frecuencia, localización e intensidad del dolor; utilizando Escala Visual Análoga (EVA).
- Determinar factores asociados al dolor.
- Valorar eficacia del tratamiento medicamentoso.
- Indicar vía de administración de fármacos (oral, subcutáneo, intramuscular, endovenoso)

Capítulo 2: Marco Conceptual medicamentos.

- Educar al cuidador y/o familia sobre tratamiento farmacológico.
- Valorar presencia e intensidad de los efectos adversos. Advierte y educa sobre éstos.

-
- Instalar vía venosa periférica, cuando corresponde.
 - Recomendar aplicar compresas de frío o calor si corresponde.
 - Recomendar posiciones antiálgicas.
 - Recomendar reflexología y técnicas de relajación como la imaginación guiada.

7) Cuidados de Enfermería en la Necesidad de Mantener Temperatura Corporal Dentro de los Límites Normales, Adecuando la Ropa y Modificando el Entorno

- Recomendar ambiente a temperatura agradable y evitando cambios de ésta.
- Mantener paciente cómodo y abrigarlo según condiciones ambientales y/o sensación térmica del paciente.
- Ayudar en su abrigo.
- Cuidados sobre la fiebre: enseñar a familia sobre medidas físicas antitérmicas, educar sobre control de temperatura con termómetro, educar sobre el uso de antipiréticos según indicación médica.

8) Cuidados de Enfermería en la Necesidad de participar de actividades recreativas

- Fomentar la actividad recreativa.
- Evaluar estado anímico del paciente y lo motiva a recrearse.
- Estimular a la familia para que ésta distribuya los tiempos y abra un espacio de recreación en conjunto con el paciente.

Capítulo 2: Marco Conceptual

9) Cuidados de enfermería en la necesidad de aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y usar los recursos disponibles

-
- Educar al paciente y/o a su familia sobre todo lo que se estime conveniente y con énfasis en lo referente a la satisfacción de cada necesidad básica.
 - Orientar al paciente y su familia sobre el contexto nuevo que están viviendo (nuevas rutinas, atención de salud, etc.).
 - Satisfacer cualquier tipo de incertidumbre o duda del paciente y/o su familia.

Otro aspecto a considerar es la relación terapéutica entre el profesional de enfermería y el paciente y su familia:

Cuidados de Enfermería en Relación al Apoyo Emocional al Paciente y su Familia

- Los cuidados de enfermería tendrán como objetivo recuperar el nivel de autoestima del paciente, ayudar a elaborar la pérdida, cuidado de la autoimagen y a tratar de canalizar la hostilidad de forma segura.
- Escucha activa.
- Intentar que el paciente exprese sus sentimientos.
- Evitar paternalismos.
- Determinar el grado de percepción que el enfermo tiene de su situación.
- Informarle de lo que necesite para despejar sus dudas, siempre que lo pida.
- Apoyar la evaluación realista de la situación.
- Animarle a realizar actividades y planificación de su vida diaria.
- Animarle a que cuide su aspecto.

Capítulo 2: Marco Conceptual es necesario.

- ***Apoyo psicológico a la familia.***

Todos estos cuidados deben estar dentro de una atención de enfermería basada en los aspectos éticos que competen a los profesionales que brindan atención a las personas con cáncer avanzado.

2.1.9 Aspectos Éticos En Cuidados Paliativos (6)

Cada vez se considera más importante el estudio de los aspectos éticos o bioéticos, para un correcto ejercicio de la actividad profesional en el ámbito de la salud.

En el caso de los cuidados paliativos, el personal sanitario se enfrenta a la enfermedad progresiva e incurable que irremediablemente progresa hacia la muerte, por lo que se ve invadido por dudas constantes sobre qué es lo más adecuado para beneficiar al paciente. Así, la actitud que se debe tomar ante los dilemas que aparecen en estas circunstancias, no debe ser producto ni de la intuición, ni del estado de ánimo en ese momento, sino de una reflexión prudente, informada, discutida y compartida por todos los miembros del equipo interdisciplinar y, a ser posible, teniendo muy en cuenta y conociendo las preferencias del paciente, aplicar los principios éticos de la enfermería profesional teniendo siempre presente los conocimientos de la bioética que cada profesional debe tener.

2.1.9.1 La Bioética y Cuidados Paliativos

En la práctica, el objetivo de la bioética, en lo que respecta a los profesionales de la salud, debe ser la búsqueda de soluciones concretas a casos clínicos concretos, cuando se originen conflictos entre valores. Esta entrará en acción cuando exista la posibilidad de elegir entre dos o más opciones, que a veces pueden ser completamente contradictorias. Cuando entran en juego los problemas esenciales de la vida y la muerte, esta búsqueda de una alternativa es más difícil y complicada, de aquí deriva la importancia de los Comités de Bioética en los centros sanitarios, ya que serán los encargados de orientar y ayudar a los profesionales de la salud en la solución de estos problemas éticos.

2.1.9.2 Los Principios de la Bioética y su Relación con el Enfermo con Cáncer Avanzado

Para resolver los conflictos que pueden aparecer en la práctica diaria a la hora de tomar decisiones, aparece la bioética de orientación principalista, basada en “Los Cuatro Principios” formulados por Beauchamp y Childress en el libro que publicaron en 1979, *Principles of Biomedical Ethics* (Principios de Ética Biomédica) y que consiste en conseguir un método sistemático de reflexión que permita elegir una solución correcta a un dilema bioético.

Estos dos autores en su obra propusieron los siguientes principios bioéticos.

Principio de Beneficencia: Este principio se basa en que los tratamientos y procedimientos diagnósticos que se apliquen al paciente deben beneficiarle y, por lo tanto, ser seguros y efectivos, así, no se debe dañar al paciente terminal en forma innecesaria con la utilización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos que ya hayan demostrado su inutilidad o considerados desproporcionados.

Principio de No-Maleficencia: se basa en el principio hipocrático *Primum non nocere*, ante todo no hacer daño. En la práctica se trata de que entre los beneficios y los riesgos de cualquier actuación, deben prevalecer siempre los beneficios. Se debe tratar al paciente con confianza, respetando su autonomía e intimidad; que se le informe, si así lo desea, y que se tenga presente su opinión en el momento de la toma de decisiones.

Capítulo 2: Marco Conceptual Autonomía que tiene el enfermo para decidir, siempre que exprese su deseo de hacerlo. Es un principio muy importante, ya que:

- Obliga a informar al paciente sobre el diagnóstico, pronóstico y posibilidades terapéuticas, así como sus riesgos y beneficios, siempre que este lo desee (Consentimiento Informado).
- Permite que el enfermo rechace el tratamiento o elija otro que se le haya propuesto.

-
- Debería permitir al paciente, dentro de lo posible y con las limitaciones legales vigentes, elegir el momento, lugar y forma de su muerte (Testamento vital o Voluntades anticipadas).

Principio de Justicia: Todas las personas tienen la misma dignidad, por lo tanto, son merecedoras de igual consideración y respeto.

Hay que luchar por una distribución justa y equitativa de los recursos sanitarios para conseguir el máximo beneficio para la comunidad, evitando desigualdades en la asistencia sanitaria.

Por estos motivos, el personal sanitario debe gestionar y administrar los recursos y servicios de una forma efectiva y eficaz, con el fin de lograr una atención, a los pacientes en fase avanzada, que cubra todas sus necesidades.

La atención sanitaria de personas con cáncer avanzado, especializada en la satisfacción de sus necesidades básicas bajo el resguardo de la bioética de los profesionales, busca el logro de la finalización de la vida en armonía y de la muerte digna.

Capítulo 2: Marco Conceptual

2.1.9.3 Muerte Digna

Según Vanderpool, afrontar la muerte con dignidad:

Es saber que la muerte está próxima, de esta forma el paciente procurará resolver sus asuntos, tomar sus decisiones, cumplir sus promesas o simplemente despedirse.

Es necesario que el paciente pueda seguir siendo un agente, dentro de lo posible, y no un mero paciente. Hay que preservar la autonomía y autocontrol del paciente, siempre dentro de lo posible. Se debe proteger la pérdida de imagen corporal, evitando que el enfermo se sienta desfigurado o muy desmejorado, siempre que sea posible.

Deben mantenerse, siempre que sea posible, ciertas actividades y relaciones familiares, sociales y profesionales, ya que esto supone sentirse persona. Si se deja de lado al paciente evitando sus preguntas, por ejemplo, notará que su dignidad se pierde, que no se siente ya como persona.

Es así como concluye la descripción de la atención profesional a la persona con cáncer avanzado. Sin embargo la tarea no sólo termina ahí, pues la enfermedad no sólo afecta a la persona que la padece, sino también a su familia, la cual asume una serie de consecuencias y tensiones de roles que deben ajustarse a los nuevos escenarios que se les presenta con la enfermedad terminal de su integrante. Uno de los roles principales que debe asumir y reajustar la familia es la de cuidadores principales de la persona con cáncer avanzado. Es por esto, que es menester conocer más a fondo a la familia de personas con enfermedad terminal.

Capítulo 2: Marco Conceptual

2.2 La Familia con integrante con Cáncer Avanzado (8)

La familia es una parte esencial dentro de los Cuidados Paliativos. Contribuye a los cuidados del enfermo y tiene que recibir la atención e instrucción necesarias por parte del equipo de cuidados para no influir negativamente en la evolución del paciente.

La familia puede colaborar eficaz y activamente en el cuidado del enfermo si se la instruye de una forma adecuada en el control de los síntomas, los cambios posturales y la higiene personal. Necesita de una información veraz y continuada, un apoyo constante, la seguridad de una asistencia completa durante todo el proceso, descargar tensiones generales y las disponibilidades permanentes del equipo de cuidados.

La enfermedad terminal altera la unidad social, los familiares y los amigos, y afloran los conflictos internos preexistentes. La información inadecuada, los mitos, la presencia más o menos explícita de la muerte y la idea de un sufrimiento inevitable crean una intensa atmósfera de angustia.

2.2.1 El diagnóstico: Cáncer Avanzado

Al conocerse el diagnóstico de una enfermedad terminal la familia sufre una importante alteración psicosocial al tener que:

- Afrontar la enfermedad y muerte del ser querido.
- Experimenta cambios en estructura, funcionamiento y sistema de vida de sus miembros.
- Anticipar el dolor que se presentará tras la pérdida.
- Experimentar un aprendizaje similar al del enfermo con relación a la idea de muerte,

Capítulo 2: Marco Conceptual una posibilidad más real, hasta llegar a admitirla en algunos casos.

2.2.2 Manifestaciones ante el Diagnóstico de Cáncer Avanzado

Choque: período de aturdimiento e incredulidad. Se activa la respuesta de alerta. Se recurre a más opciones que buscan encontrar la posibilidad de curación.

Negación: período necesario para poder manejar el estado de shock; durante esta fase la familia puede mantener el control y la estabilidad emocional. No todos los miembros reaccionan igual; comienzan a manifestarse sentimientos de ansiedad, miedo, desprotección, inutilidad, rabia y protesta (ante la sensación de vivir un castigo injusto).

Negociación: significa que se empieza a asimilar el significado de la enfermedad.

Conspiración del silencio: acuerdo sobre no decir la verdad, aunque se tenga claridad sobre ella, con el fin de protegerse unos con otros. La conspiración relega al paciente al aislamiento emocional dejándolo sólo con sus pensamientos, ansiedades y temores.

Depresión: al avanzar la enfermedad, la familia se enfrenta a diversas pérdidas; durante esta fase surgen sentimientos de dolor, tristeza, desasosiego, temor, ansiedad, confusión y desesperanza.

Duelo anticipatorio o aceptación: ocurre cuando la familia encuentra mecanismos de adaptación, ve próxima la muerte del paciente y emocionalmente se siente preparada. Acepta los hechos, abandonando terceras y cuartas opiniones y curaciones milagrosas. La esperanza se fortalece hacia el acompañamiento y al adecuado control de síntomas, por lo que la familia reorganiza su esquema, permitiéndose el pensamiento de pérdida, y al mismo tiempo siendo la base del manejo.

Así la familia se prepara y se desarrolla como los cuidadores principales de su paciente.

Capítulo 2: Marco Conceptual

2.2.3 Los Familiares Como Cuidadores

Los familiares ante la enfermedad terminal de un ser querido, como ante situaciones altamente estresantes, deben hacer frente a dos situaciones:

-
- Satisfacer las necesidades físicas y emocionales del paciente.
 - Tratar de mantener el funcionamiento familiar con la máxima normalidad posible.

Por esto, los familiares se convierten en un elemento clave, ya que su participación activa durante todo el proceso de adaptación a las nuevas condiciones vitales determinarán el ajuste y la aceptación de la pérdida del paciente.

La implicación de los familiares en los cuidados del enfermo es decisiva y fundamental, ya que son ellos los que pasan la mayor parte del tiempo al lado del paciente. Además, serán el principal punto de apoyo a la hora de paliar los efectos de las múltiples pérdidas que se pueden estar produciendo en el paciente.

Por todo esto, y para poder llevar a cabo con éxito el papel que tiene ante esta situación, ha de participar en la elaboración de objetivos terapéuticos y sentirse integrada a la hora de la toma de decisiones, todo ello junto con el paciente y el equipo terapéutico.

2.2.4 La Familia como Apoyo al Paciente con Cáncer Avanzado

Cuando la familia se involucra en el cuidado del enfermo con Cáncer Avanzado, no sufrirá tanto desgaste físico y emocional y el proceso de duelo no será tan doloroso al reflexionar sobre el trabajo realizado.

Capítulo 2: Marco Conceptual fuente de estrategias de afrontamiento para el paciente. De todas las formas de apoyo es el más importante e inmediato.

Responsabilidad compartida en la toma de decisiones: el diagnóstico de enfermedad terminal produce complejas tomas de decisiones en los pacientes, por lo que las familias pueden colaborar comprometiéndose y en ocasiones siendo el punto de enlace para explorar toda la información que esta llegando.

Disponer de un marco de continuidad: una de las labores más agotadoras en familia cuando un paciente afronta una enfermedad terminal, es suplir todas las actividades que este ser realizaba, afrontar nuevas demandas y satisfacer las necesidades emocionales de los otros miembros.

2.2.5 Actuación de Enfermería ante la Familia

- Detectar y cubrir las necesidades del paciente y familia.
- Aliviar los miedos, amenazas, pérdidas y sobrecargas.
- Informar sobre la evolución y tratamiento.
- Manejo y expresión de los propios sentimientos.
- Establecer canales positivos de comunicación entre paciente-familia, paciente-equipo, familia-equipo.
- Educar a la familia sobre cuidados del paciente.
- Potenciar la participación de la familia en los cuidados del enfermo y en los objetivos terapéuticos.
- Ayuda a la elaboración de un duelo saludable en el momento de la pérdida.

Es importante señalar que la atención que se le brinda a la persona con cáncer avanzado como a su familia, debe destacar una comunicación especial y humanizada; es de plena

Capítulo 2: Marco Conceptual de comunicarse y establecer una relación terapéutica de ayuda óptima.

2.3 La Comunicación en Cuidados Paliativos (7)

El personal de enfermería que cuida a enfermos con Cáncer Avanzado se enfrenta día a día a una realidad difícil:

Por un lado, el acercarse al paciente, y encontrar un punto de equilibrio, entre acercarse y sobreimplicarse.

Por otro, el distanciarse en exceso, posición en la cual, la relación enfermera-paciente pierde la eficacia y parte del sentido de la profesión.

En el quehacer diario del trabajo de enfermería nos encontramos con una serie de situaciones en la relación interpersonal con los enfermos y familiares que suelen dar lugar a un aumento del estrés:

- Desconocimiento del grado de información del paciente y familia.
- Demanda constante de información.
- Soportar las tensiones de los familiares que exigen soluciones rápidas a los profesionales de enfermería en medio de una importante sobrecarga de trabajo.

Así la manera de afrontarlo es la evitación, se tiende a evitar hablar del tema, se desvían las cuestiones a otros profesionales y se limitan a atender al paciente en sus necesidades físicas y a marcar distancias, lo que favorece la aparición, en el personal de enfermería de un sentimiento de impotencia y de insatisfacción.

Es por esto que hay que tener en cuenta una serie de principios para una relación eficaz

Capítulo 2: Marco Conceptual saber:

- Perder el miedo a hablar a nivel emocional.
- El paciente lleva la iniciativa: solo el paciente puede indicarnos lo que puede o quiere saber en las distintas etapas de su enfermedad.
- Respetar los derechos del paciente: hay que procurar congruencia informativa, es decir, se tiene derecho a saber la verdad y también a no saberla si no se quiere o no se puede.

-
- Transmitir siempre esperanza: una expectativa de futuro positiva en relación a un deseo. Cuando el paciente se encuentra en fase avanzada se le puede ayudar a percibir otro tipo de esperanza más a corto plazo. Del mismo modo, es importante evitar, también, las falsas esperanzas, ya que un engaño puede sumir al enfermo en la soledad más profunda.
 - No negar la expresión de emociones y su impacto: cada persona va a expresar sus necesidades de forma diferente, en función de sus mecanismos de defensa frente a situaciones que se perciben amenazantes.
 - Evitar frases que no consuelan.

En la aplicación de estos principios es muy importante el desarrollo de las habilidades de la comunicación, lo que facilita la atención y la asistencia profesional.

2.3.1 Habilidades de Comunicación

1. **Escucha activa:** es fundamental seguir el ritmo de las necesidades del paciente, escuchar sus mensajes a través del lenguaje verbal y no verbal, ya que dan pistas sobre determinados estados emocionales. La escucha activa implica no interrumpir, mirar a los ojos, tener actitud y postura de disponibilidad, sentarse a su lado, dar *Capítulo 2: Marco Conceptual* ido, no juzgar, no hacer gestos de valoración, aunque las manifestaciones sean de irritabilidad o indiquen una crítica.
2. **Empatizar:** hay que dar señales de que uno se pone en el lugar del enfermo y se comprenden sus sentimientos. Aunque a veces el paciente se muestre agresivo, irritado, nervioso o se encierre en sí mismo. Detrás del comportamiento del paciente siempre hay una razón, un miedo, una frustración, una dificultad. Es fundamental preguntar los motivos que existen detrás de estos comportamientos. La empatía es la forma de comenzar una buena relación.

-
3. **Ser creíble:** no se debe prometer lo que no se puede cumplir.
 4. **Prestar atención a lo que se dice y como se dice.**
 5. **Elegir el lugar donde se habla:** debe ser un lugar acogedor, tranquilo, evitando pasillos y salas de espera.
 6. **Evitar mensajes impositivos:** la imposición genera actitudes contrarias a las que se persiguen (Ud tiene que..., Ud. debe...). Se deben plantear las distintas opciones para que el paciente pueda tomar parte activa en las decisiones que tienen que ver con su tratamiento, ya que esto facilita su nivel de cumplimiento.
 7. **Ser fiable y decir la verdad:** la verdad expresada de un modo gradual facilita su asimilación; la mentira inhibe la capacidad de adaptación del individuo y quita autoridad y veracidad al profesional que la práctica. La relación profesional de enfermería - paciente se fundamenta en la confianza y respeto mutuos.
 8. **Facilitar un clima adecuado para la expresión de las emociones:** a veces los *Capítulo 2: Marco Conceptual* cuando el profesional sanitario tiene tiempo, por lo que habría que estar dispuesto a escuchar en cualquier momento.
 9. **Utilizar el mismo código que el paciente:** la intervención tiene que ser individual, al igual que las dosis del tratamiento. La comunicación se ha de adecuar a la edad, cultura, valores y recursos de la persona enferma.

Hay que tener presente que la comunicación, sobre todo en el ámbito sanitario, es una herramienta terapéutica esencial que da acceso al principio de autonomía, a la confianza mutua, a la seguridad y a la información que el enfermo necesita.

“La calidad humana de las personas se refleja en la calidad de los cuidados, por lo que en cuidados paliativos lo más importante es la humanidad.”

*“Si puedes curar, cura.
Si no puedes curar, calma.
Si no puedes calmar, consuela”.*

Imhotep

Capítulo 2: Marco Conceptual

2.4 Objetivos

2.4.1 Objetivo General

- Describir la gestión de los cuidados de enfermería que realiza el profesional de enfermería a los pacientes del estudio y el apoyo que le otorga a sus familias.

2.4.2 Objetivos Específicos

- Identificar las características de los pacientes del estudio y sus familias.

-
- Conocer el Cuidado de Enfermería en la satisfacción de necesidades biológicas, psicológicas y espirituales, según el modelo de Virginia Henderson, en los pacientes del estudio.
 - Determinar el apoyo que el profesional de enfermería otorga a la familia del paciente en estudio.

Capítulo 2: Marco Conceptual

2.5 Definición y Operacionalización de Variables

Variable	Dimensión	Subdimensión	Indicadores	Subindicador
Cuidado de Enfermería en Pacientes con Cáncer Avanzado	Satisfacción de la necesidad de alimentación.	♦ Valora estado nutricional.	• Controla el peso.	→ Utiliza balanza.
			• Calcula el IMC. • Valora la disminución del peso.	
		♦ Valora patrón de alimentación	• Valora frecuencia	→ Pregunta por número y horario de ingestas.
			• Valora	→ Pregunta por consistencia,
<i>Definición:</i> juicio profesional aplicado a la				

<p>atención directa otorgada por profesionales de enfermería, a pacientes con cáncer avanzado, implica acciones destinadas a la satisfacción de necesidades, orientación y promoción de una muerte digna y sin dolor a los pacientes que pertenecen al Programa de Cuidados Paliativos de consultorios de atención secundaria del SSVQ.</p>			consistencia.	ingredientes, tipo alimento.
			• Valora la ingesta.	→Pregunta por cantidad de comida ingerida.
			• Valora signos y síntomas que alteren esta necesidad.	→Pregunta por náuseas, vómitos, algia abdominal, hiporexia, anorexia, apetito, disfagia, etc. y realiza examen físico de signos referidos por el paciente.
			• Valora la tolerancia del paciente a los alimentos.	
			• Propone pautas de alimentación.	→Mantiene su dieta o la modifica entregándole indicaciones verbales y/o escritas y/o entrega material impreso.
			• Coordina con nutricionista los alimentos a consumir con el paciente.	→Derive, o bien se contacte telefónicamente.
			• Educa al paciente y/o familia.	→Sobre régimen adecuado, alimentos permitidos y los no permitidos, preparación y consistencia adecuada, administración y conservación de éstos.
Capítulo 2: Marco Conceptual				
	Satisfacción de la necesidad de Eliminar por todas las vías corporales.		• Valora patrones de eliminación intestinal y urinaria.	→Pregunta sobre frecuencia urino-intestinal actual del paciente.
			• Valora signos y síntomas de esta necesidad.	→Pregunta por control de esfínter, presencia de diarrea, estreñimiento, meteorismo, defecación dolorosa, características de la deposición, disuria, tenesmo vesical, urgencia miccional, prurito,

				características de la orina.
			• Da indicaciones respecto a la satisfacción de la necesidad.	→ Medidas para alivio signos y síntomas.
			• Educa al paciente y familia para resolver alguna alteración que se presente.	→ Entrega medidas e información con fundamentos.
			• Da solución a los problemas que se presentan.	
	Satisfacción de la necesidad de dormir y descansar.		• Valora patrón de sueño.	→ Consulta por el número de horas de sueño, calidad de e higiene del sueño.
			• Valora alteraciones en su descanso.	→ Pregunta signos y síntomas como insomnio, despertares nocturnos, angustias, pesadillas y frecuencias de éstas.
			• Valora manifestaciones de dependencia.	→ Pregunta sobre uso de medicación y efectividad de éste para conciliar el sueño y/o una persona de compañía para lograrlo.
			• Da indicaciones.	→ Medidas para alivio signos y síntomas.
			• Educa al paciente y familia sobre como mejorar ésta.	→ Entrega medidas e información con fundamentos.

Capítulo 2: Marco Conceptual

	Satisfacción de la necesidad de moverse y mantener posturas adecuadas.		• Valora nivel de movimiento habitual.	→ Evalúa el grado de movilidad actual: marcha, bipedestación, sedestación, movimientos amplios y lo registra.
			• Valora movilidad de articulaciones, fuerza y tono muscular.	→ Examina movilidad de articulaciones y estado de musculatura, a través de movimientos rotativos, flexión, extensión, aducción, abducción y prensión.
			• Valora el uso de dispositivos de ayuda para movilizarse. • Gestiona la facilitación de dispositivos de ayuda, si es necesario.	
	Satisfacción de la necesidad de mantener la temperatura dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el entorno.		• Valora la temperatura corporal.	→ Pregunta al paciente o su familia por aumentos de la temperatura: fiebre.
			• Controla la temperatura corporal.	→ Controla la temperatura en ese momento.
			• Valora circunstancias que influyen en su temperatura.	→ Pregunta factores propios de la patología o infecciosos o ambientales que pueden estar influyendo en la termorregulación.
			• Educa sobre el manejo de la fiebre.	→ Entrega medidas e información con fundamentos.

Capítulo 2: Marco Conceptual

	Satisfacción de la necesidad de mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.	Valora estado higiénico e integridad de la piel.	<ul style="list-style-type: none"> • Pregunta al paciente o familia sobre hábitos higiénicos. 	→ Consigna en registros el estado higiénico del paciente.
			<ul style="list-style-type: none"> • Pregunta al paciente o familia acerca de la integridad cutánea. • Realiza examen físico para valorar higiene e integridad cutánea. • Realiza curaciones si es pertinente. 	
			<ul style="list-style-type: none"> • Se preocupa de la evolución de las lesiones. 	→ Examina y registra lesión.
			<ul style="list-style-type: none"> • Educa a la familia acerca de prevención de úlceras por presión y la realización de curaciones. 	
	Satisfacción de la necesidad de evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas: DOLOR.		<ul style="list-style-type: none"> • Valora la presencia de dolor con EVA. • Valora la presencia de dolor sin EVA. 	
			<ul style="list-style-type: none"> • Valora el efecto de los medicamentos. 	→ Pregunta sobre el comportamiento del dolor con los medicamentos.
			<ul style="list-style-type: none"> • Indica medidas no farmacológicas para aliviar el dolor. 	→ Relajación, respiración, imaginación guiada, distracción, posturas antiálgicas, aplicación calor/frío u otras para mermar el dolor.
			<ul style="list-style-type: none"> • Educa el buen uso de las medidas farmacológicas. 	→ Fundamenta acerca del esquema farmacológico establecido.
			<ul style="list-style-type: none"> • Deriva a especialista. 	

Capítulo 2: Marco Conceptual

	Satisfacción de la necesidad de participar en actividades recreativas.		• Valora la recreación actual.	→Pregunta por actividades recreativas actuales.
			• Valora el estado anímico.	→Pregunta sobre estado de ánimo actual del paciente.
			• Valora la disponibilidad de recrearse.	→Pregunta por tiempo del que dispone el paciente para recrearse.
			• Deriva a grupos de ayuda y recreación.	→ Ofrece integración a grupos de ayuda.
	Satisfacción de la necesidad de vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias		• Valora las creencias propias y/o religión de los pacientes.	→Pregunta sobre sus etnoconocimientos y/o religión a la cual pertenece.
			• Valora etapa del duelo en que se encuentra.	→Registra si el paciente se encuentra en negación, ira, negociación o aceptación o con sinónimos.
• Otorga apoyo emocional.			→Manifiesta a través de lenguaje verbal y/o no verbal su apoyo hacia El paciente en una situación de crisis o en todo momento.	
Apoyo a la Familia <i>Definición:</i> Atención brindada al acompañante, un familiar del paciente con Cáncer Avanzado, para el alivio de su carga emocional, otorgándole orientación y educación para el óptimo cuidado de éste, en la etapa final de la vida.	♦ Apoyo emocional.		• Valora redes de apoyo.	→Pregunta sobre las redes de apoyo activas con las que cuenta la familia.
			• Integra a la familia en la atención. • Deriva a grupos de ayuda.	
	♦ Educación familiar		• Valora los conocimientos de la familia.	→Pregunta sobre conocimientos previos de la familia del paciente afectado sobre los temas que en ese momento se están tratando: técnicas, usos, patología, manejos, tratamientos etc.
			• Planifica los aspectos a educar.	→Entrega una educación ordenada y didáctica según con las necesidades reales de la familia.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA

3.1 Diseño de la Investigación

3.1.1 Constitución y Organización del Grupo

El grupo de seminario tesis se constituyó en el mes de septiembre del año 2005, estuvo conformado por seis alumnos de tercer nivel de la carrera de Enfermería de la Universidad de Valparaíso los que se reunieron en forma voluntaria para investigar el tema concerniente a los cuidados otorgados por el profesional de enfermería a pacientes con cáncer avanzado.

Durante el desarrollo del seminario se contó con la asesoría de una docente guía del departamento del adulto y adulto mayor de la Escuela de Enfermería y Obstetricia de la Universidad de Valparaíso, con quien se realizaron reuniones formales los días viernes de cada semana en horario de 12:00 a 14:00 horas, en departamento de dicha Escuela.

También se realizaron reuniones informales de acuerdo a necesidad del grupo y asesorías extraordinarias de acuerdo a disponibilidad de la docente, del grupo y según la necesidad de la investigación.

Para la realización del trabajo en forma coordinada, eficaz y eficiente se escogió una directiva compuesta por los cargos de presidente, vicepresidente, secretaria, pro secretaria, tesorera y pro tesorera, los cuales se mantuvieron hasta el término del trabajo de acuerdo a lo determinado previamente por el grupo.

El trabajo comenzó con la revisión de bibliografía acerca de cuidados de Enfermería en pacientes con cáncer avanzado, mediante la visita de bibliotecas y revisión vía online, el trabajo individual constaba en fichas de lectura y resultados de entrevistas realizadas a Profesionales de Enfermería, las cuales se compartían y discutían en las reuniones. Lo anterior permitió delimitar el problema y de este modo enfocar la revisión bibliográfica hacia los aspectos más relevantes del problema a investigar. Esta metodología se utilizó durante todo el desarrollo de marco teórico.

La metodología de trabajo fue la utilización de un cronograma de actividades, en el cual se organizaron las tareas y objetivos a cumplir, basándose en la disponibilidad de tiempo

de los seminaristas y al plazo de entrega del Seminario de Tesis, el cual estuvo sujeto a modificaciones.

3.1.2 Tipo de Diseño de Investigación

La presente investigación corresponde a un estudio descriptivo cuantitativo.

“Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis, se selecciona una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas de manera independiente para así describir lo que se investiga. Desde el punto de vista científico describir es medir”.

3.1.3 Población en Estudio

Definición del universo:

Para efectos del presente estudio, el universo estuvo constituido por la totalidad de pacientes que pertenecen al programa de cuidados paliativos y alivio del dolor del mes de octubre, los cuales fueron 158 pacientes, entre dos consultorios de atención secundaria pertenecientes al Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota (SSVQ) de la Quinta de Región de Valparaíso, el año 2006.

El criterio de selección de los centros de atención secundaria se debió principalmente a que en éstos hubo la autorización y la acogida de directivos de los respectivos establecimientos de salud.

El dato de la población bajo control se obtuvo a través de una entrevista realizada a los respectivos Profesionales de Enfermería a cargo de los consultorios de atención secundaria pertenecientes al Hospital Gustavo Fricke de Viña del Mar y al Hospital San Martín de Quillota.

3.1.4 Diseño Muestral

La muestra correspondió a treinta y dos pacientes con Cáncer Avanzado, la cual se obtuvo al azar según los pacientes y sus acompañantes que acudían a control, ya sea por citación o por consulta espontánea los días en que las tesis realizaron la observación.

Las visitas se realizaron durante el mes de Octubre dos y tres veces a Quillota y Viña del Mar respectivamente.

3.1.5 Método de Recolección de Datos

La recolección de datos se realizó a través de una pauta de cotejo, diseñada por los seminaristas. Este instrumento se elaboró sobre la base del modelo de necesidades de Virginia Henderson (Ver Apéndice A).

Antes de comenzar la observación directa y consecutiva a la aplicación de la pauta de cotejo se obtuvo el consentimiento informado de los profesionales de enfermería a cargo de la unidad y de los pacientes que acudían a control.

El método de recolección de datos fue a través de la observación durante los controles a pacientes con Cáncer Avanzado y su familia en consultorios de especialidades de las ciudades de Viña del Mar y Quillota, durante el mes de Octubre del año 2006.

Los controles son realizados por el médico y el profesional de enfermería al mismo tiempo.

La mayoría de los pacientes acuden acompañados generalmente por un familiar.

Para la recolección de los datos los seminaristas se conformaron en parejas, las que rotaban en los dos centros asistenciales.

En el consultorio de especialidades de Viña del Mar se usó delantal blanco y piocha de identificación y en el centro asistencial de Quillota se usó uniforme clínico, según los requerimientos de la unidad.

3.1.6 Criterios de Exclusión

- Asistencia de la familia a control sin el paciente.

3.1.7 Descripción del Instrumento

El instrumento utilizado para la recolección de datos corresponde a una pauta de cotejos, confeccionado por el grupo de seminaristas, los cuales se basaron en el modelo de necesidades de Virginia Henderson.

La observación estuvo dirigida hacia el profesional de enfermería sobre el cuidado que ella otorga tanto al paciente y su familia.

El instrumento consta de tres ítems: el primero corresponde a los antecedentes generales del paciente y los de la institución. El segundo a Cuidados de Enfermería y el tercero a Apoyo a la Familia. El ítem Cuidados de Enfermería se diseñó seleccionando nueve de las catorce necesidades básicas del modelo de Virginia Henderson, éstas son:

- Comer y beber adecuadamente.
- Eliminar por todas las vías corporales.
- Moverse y mantener posturas adecuadas.
- Dormir y descansar.
- Mantener la temperatura dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el entorno.
- Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
- Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.
- Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias.
- Participar en actividades recreativas.
- Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles.

El criterio de selección de estas necesidades fue de acuerdo a las necesidades más vulnerables y/o afectadas en personas que padecen Cáncer Avanzado y que aún asistan a controles, no encontrándose por tanto entre éstos pacientes a los postrados.

Cada una de las nueve necesidades se evalúa según diversas conductas de observación sobre el cuidado que el profesional de enfermería otorga, éstas se detallan en el instrumento de recolección de datos en el anexo (apéndice A). En cada una de éstas conductas se coloca SI o NO según corresponda.

En el ítem tres, apoyo a la familia, se divide en dos subítems: el apoyo emocional y la educación entregada al familiar. Cada uno de ellos consta de conductas, en las que igualmente se coloca SI o NO según corresponda.

3.1.8 Estudio de Confiabilidad y Validación del Instrumento

Una vez confeccionado el instrumento de recolección de datos (pauta de cotejo) fue revisado por la docente guía, además fue sometido a revisión por el estadístico docente de la Universidad de Valparaíso, profesor Caro.

Para la validación se realizó la prueba de dicho instrumento según el instructivo (Ver Apéndice B), en el mes de Octubre de 2006; dos seminaristas aplicaron seis pautas de cotejo en total, para la observación de cuidados otorgados por un profesional de enfermería; éstas no pertenecían al universo de estudio. No fue necesario realizar ajustes al instrumento.

3.1.9 Criterios Utilizados para el Análisis de los Datos

La pauta de recolección de datos, fue diseñada considerando las dos variables del estudio, la variable Cuidados de Enfermería y la variable Apoyo a la Familia.

La variable Cuidados de Enfermería fue evaluada en treinta y dos pacientes (n = 32) la que se pudo observar a través de cuarenta y una conductas, algunas de las cuales fueron

Capítulo 3: Metodología

consideradas de realización obligatoria, identificadas en el instrumento con un asterisco (*), debido a la importancia que representan para realizar un cuidado de calidad en este tipo de pacientes y otras complementarias pero no por eso menos importantes. Esto permitió discriminar el cuidado como:

- Cuidado muy adecuado (MA): si realiza todas las conductas obligatorias y adicionalmente una o más de las conductas complementarias descritas en dicha necesidad. A esta categoría se le asignó un puntaje de 10 puntos.
- Cuidado adecuado (A): cuando el profesional de enfermería sólo realiza la totalidad de las conductas obligatorias de una necesidad. A esta categoría se le asignó un puntaje de 5 puntos.
- Cuidado inadecuado (I): cuando el profesional de enfermería no realiza la totalidad de conductas obligatorias, o realiza sólo las complementarias o ninguna. A esta categoría se le asignó un puntaje de 0 puntos.

En las necesidades: evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas (biológica) que abarca ampliamente el dolor y su tratamiento; vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias (espiritual), que dimensiona los procesos espirituales propios del paciente y su grado de armonía con su percepción de la vida y la necesidad de recreación (psicológica) que abarca la esfera de la salud mental y los factores que influyen en ésta, no se consideraron los puntajes descritos anteriormente, debido a que en este tipo de pacientes son necesidades fundamentales de valorar e intervenir. En consecuencia a estas tres necesidades se les asignó un mayor puntaje, siendo éste:

- MA: 20 puntos.
- A: 10 puntos.
- I: 0 puntos.

En consideración a que las necesidades de moverse y mantener una buena postura y la necesidad de higiene e integridad de la piel incluyen conductas a observar que no

Capítulo 3: Metodología

siempre necesitan de la intervención asistencial, hecho corroborado en la validación y confiabilidad del instrumento de recolección de datos y posteriormente en la aplicación de éste, se decidió disminuir el puntaje asignado a cada categoría a las que se les asignó un puntaje de:

- MA: 6 puntos.
- A: 3 puntos.
- I: 0 puntos.

Finalmente la suma de los puntajes permite clasificar el Cuidado de Enfermería de la siguiente manera:

- Excelente: 90 - 113 puntos.
- Bueno: 68 - 89 puntos.
- Suficiente: 45 - 67 puntos.
- Deficiente: 23 - 44 puntos.
- Malo: 0 - 22 puntos.

Para analizar la variable, apoyo a la familia, se le asignó a cada subítem (Apoyo emocional y educación a la familia) un puntaje estándar bajo el mismo criterio anterior.

- MA: 10 puntos.
- A: 5 puntos.
- I: 0 puntos.

La suma de los subítemes permite clasificar esta variable en los siguientes rangos:

- Excelente: 17 - 20 puntos.
- Bueno: 13 - 16 puntos.
- Suficiente: 8 - 12 puntos.
- Deficiente: 4 - 7 puntos.

- Malo: 0 – 3 puntos.

3.1.10 Organización del Trabajo en Terreno

La coordinación con los centros de atención secundaria comenzó en el mes de Junio del año 2006 con entrevistas informales a los profesionales de enfermería encargados de las unidades de cuidados paliativos y alivio del dolor. En una primera instancia se consideraron como campos clínicos el consultorio de especialidades del Hospital Doctor Carlos Van Buren de Valparaíso, el Consultorio del Adulto, el Consultorio de especialidades del Hospital Doctor Gustavo Fricke y Consultorio de especialidades San Martín de Quillota. Sin embargo sólo se recibió la autorización para la aplicación del instrumento en los dos últimos centros mencionados.

CAPÍTULO 4

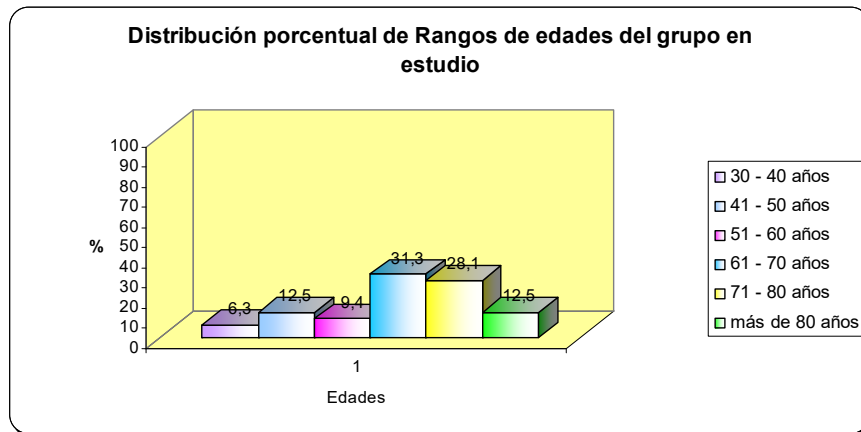
RESULTADOS Y ANÁLISIS DE GRÁFICOS Y TABLAS

4.1 Resultados Descriptivos

Tabla N° 1: Distribución de la muestra según grupo etáreo

Edades	
Rangos de edad	Frecuencia
30 – 40 años	2
41 – 50 años	4
51 – 60 años	3
61 – 70 años	10
71 – 80 años	9
más de 80 años	4
Total	32

Gráfico N° 1: Distribución de la muestra según grupo etáreo

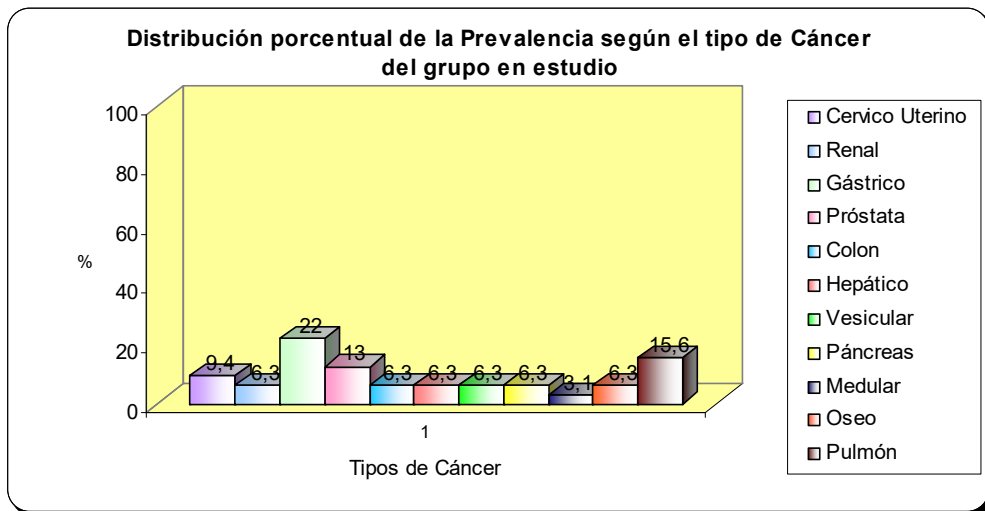


El gráfico N° 1 muestra la distribución porcentual de los pacientes de este estudio. Se puede observar que dos tercios se encuentran en el rango 61 – 80 años, lo cual coincide con la estadística nacional, donde se afirma que la mayor prevalencia de Cáncer es en las personas mayores de 65 años.

Tabla N° 2: Prevalencia de los tipos de Cáncer de la muestra

Prevalencia de Cáncer	Frecuencia	Porcentaje
Cérvico Uterino	3	9,4%
Renal	2	6,3%
Gástrico	7	22%
Próstata	4	13%
Colon	2	6,3%
Hepático	2	6,3%
Vesicular	2	6,3%
Páncreas	2	6,3%
Medular	1	3,1%
Óseo	2	6,3%
Pulmón	5	16%
Total	32	100%

Gráfico N° 2: Prevalencia de los tipos de Cáncer de la muestra



El gráfico N° 2 muestra la distribución porcentual de la prevalencia según tipo de cáncer de la muestra en estudio. Se observa que la primera mayoría de Cáncer es el Gástrico,

Capítulo 4: Resultados

con un 22%; es seguido por el Cáncer de Pulmón, con un 15,6%; y en tercera posición el de Próstata, con un 13%. Estos valores están en relación con la estadística nacional, al observarse los Cáncer de mayor prevalencia nacionales en la muestra estudiada; (Mortalidad por Cáncer, Chile 2004. MINSAL).

Tabla N° 3: *Distribución Porcentual del Grado de Satisfacción de la Necesidad de Comer y Beber Adecuadamente*

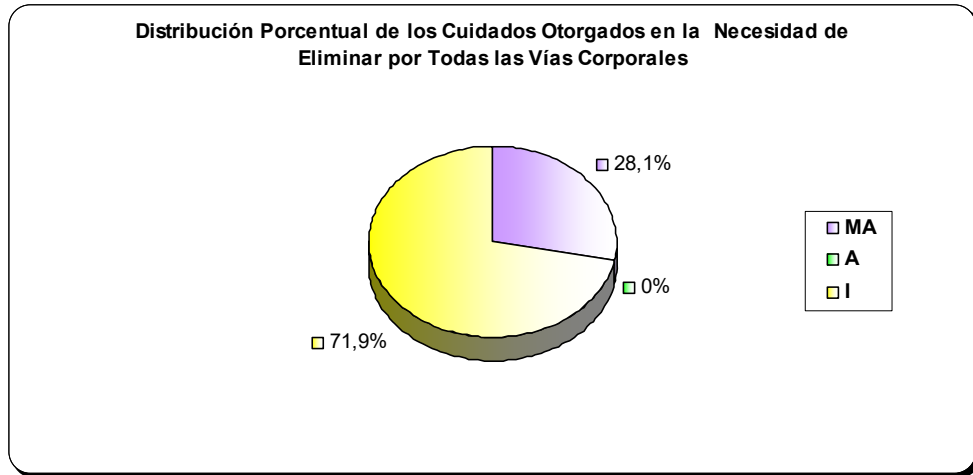
Grado de Satisfacción de la Necesidad de Comer y Beber adecuadamente		
Cuidados	Frecuencia	Porcentaje
Muy Adecuado	0	0%
Adecuado	0	0%
Inadecuado	32	100%
Total	32	100%

La tabla N° 3 muestra la distribución porcentual del grado de satisfacción de la necesidad de comer y beber adecuadamente. Esta necesidad obtuvo un 100% de cuidado inadecuado, ya que no se realizó ninguna de las actividades a observar, esto se debe a que la esfera de la nutrición no es abordada por el equipo de salud según criterios internos del establecimiento, abordado en mayor amplitud en las conclusiones.

Tabla N° 4: *Distribución Porcentual del Grado de Satisfacción de la Necesidad de Eliminar por Todas las Vías Corporales*

Grado de Satisfacción de la Necesidad de Eliminar por Todas las Vías Corporales		
Cuidados	Frecuencia	Porcentaje
Muy Adecuado	9	28,1%
Adecuado	0	0,0%
Inadecuado	23	71,9%
Total	32	100%

Gráfico N° 3: Distribución Porcentual del Grado de Satisfacción de la Necesidad de Eliminar por Todas las Vías Corporales



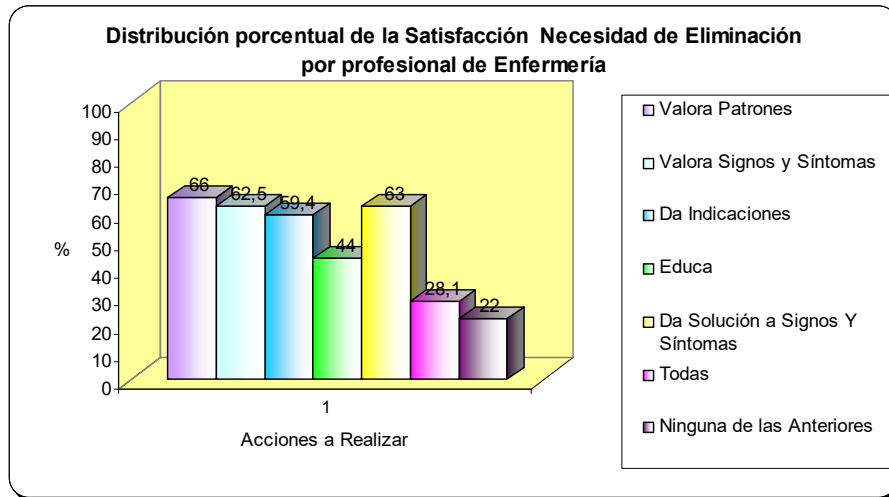
El gráfico N° 3 muestra la distribución porcentual del grado de satisfacción de la necesidad de eliminar por todas las vías corporales. Se observa que la satisfacción de esta necesidad es inadecuada en casi tres cuartos de la muestra, lo que se debería a la falta de educación que da el profesional de enfermería a los pacientes. Cabe mencionar que la satisfacción muy adecuada fue alcanzada en algo más de un cuarto de la muestra (28,1 %).

Tabla N° 5: Distribución Porcentual de la Satisfacción de la Necesidad de Eliminar por Todas las Vías Corporales por Conducta según Control del Profesional de Enfermería

Conductas Necesidad de Eliminar por todas las vías corporales		
	Frecuencia	Porcentaje
Valora Patrones	21	65,6%
Valora Signos y Síntomas	20	62,5%
Da Indicaciones	19	59,4%
Educa	14	43,8%
Da Solución a Signos Y Síntomas	20	62,5%

Capítulo 4: Resultados

Gráfico N° 4: Distribución Porcentual de la Satisfacción de la Necesidad de Eliminar por Todas las Vías Corporales por Conducta según Control del Profesional de Enfermería



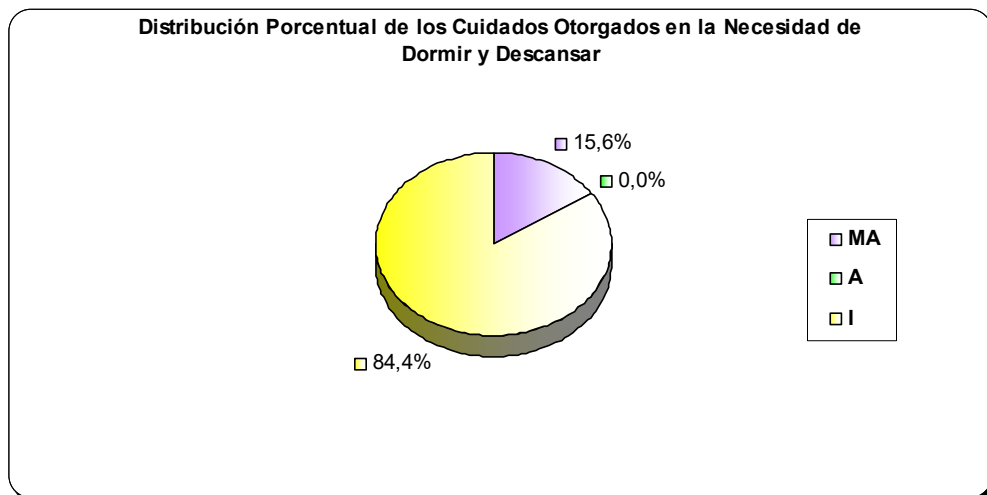
El gráfico N° 4 muestra la distribución porcentual de la satisfacción de la necesidad de eliminar por todas las vías corporales por conducta según control del profesional de enfermería. La satisfacción de esta necesidad destaca de otras necesidades, se observa un cumplimiento del cuidado predominantemente en la valoración de patrón de eliminación, obteniendo un porcentaje de 66%, seguido la solución de signos y síntomas que se presentan con un porcentaje de 63%. La educación otorgada por el profesional de Enfermería no sobrepasa la mitad de la muestra. El cumplimiento de todas las conductas se obtiene sólo en menos de un tercio de la muestra en estudio.

Capítulo 4: Resultados

Tabla N° 6: Distribución Porcentual del Grado de Satisfacción de la Necesidad de Dormir y Descansar

Grado de Satisfacción de la Necesidad de Dormir y Descansar		
Cuidados	Frecuencia	Porcentaje
Muy Adecuado	5	15,6%
Adecuado	0	0,0%
Inadecuado	27	84,4%
Total	32	100%

Gráfico N° 5: : Distribución Porcentual del Grado de Satisfacción de la Necesidad de Dormir y Descansar

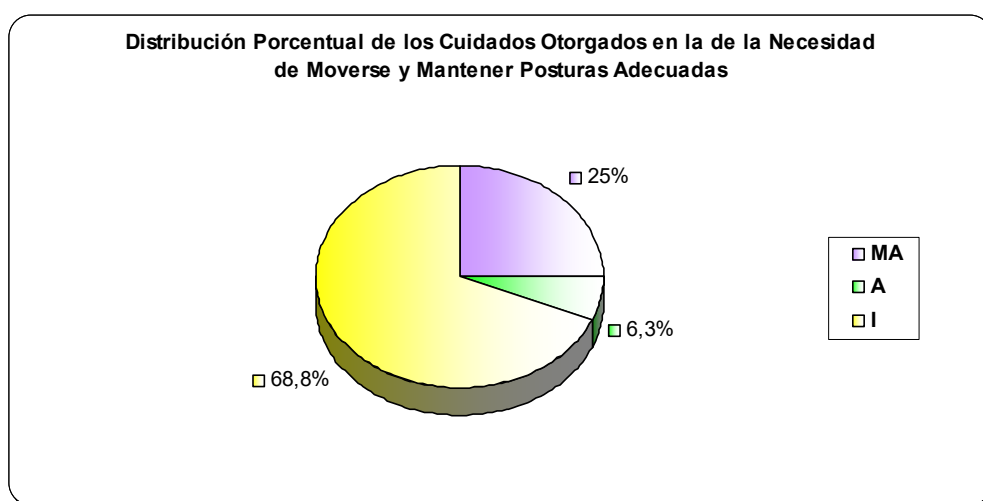


El gráfico N° 5 muestra la distribución porcentual del grado de satisfacción de la necesidad de dormir y descansar. La satisfacción de esta necesidad es inadecuada en un alto porcentaje, 84,4% debido a que el profesional de enfermería casi no realiza las conductas descritas en el instrumento. Sólo cuando el paciente espontáneamente refiere alteraciones en esta necesidad el profesional de enfermería ahonda indagando en la mayoría de las conductas lo que se refleja en el 15,6% de satisfacción muy adecuada.

Tabla N° 7: Distribución Porcentual del Grado de Satisfacción de la Necesidad de Moverse y Mantener Posturas Adecuadas

Grado de Satisfacción de la Necesidad de Moverse y Mantener Posturas Adecuadas		
Cuidados	Frecuencia	Porcentaje
Muy Adecuado	8	25,0%
Adecuado	2	6,3%
Inadecuado	22	68,8%
Total	32	100%

Gráfico N° 6: Distribución Porcentual del Grado de Satisfacción de la Necesidad de Moverse y Mantener Posturas Adecuadas



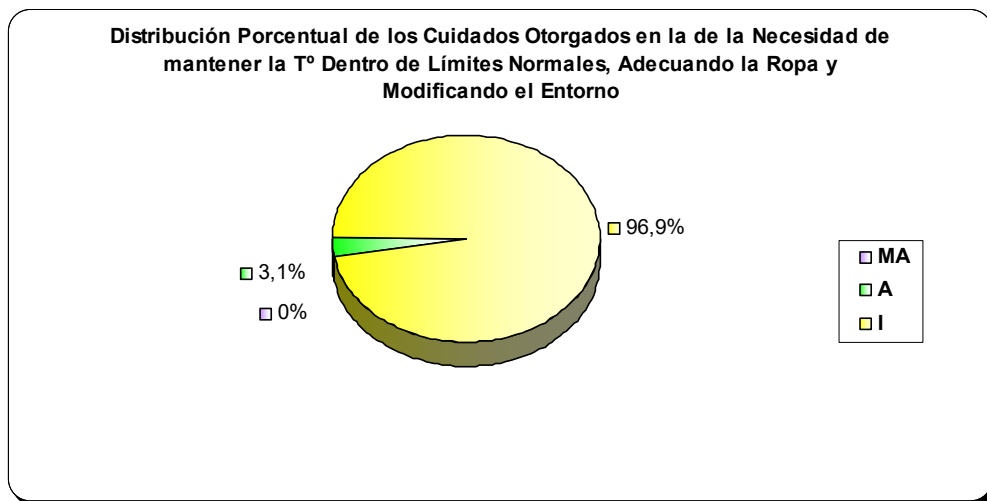
El gráfico N° 6 muestra la distribución porcentual del grado de satisfacción de la necesidad de moverse y mantener posturas adecuadas. Esta necesidad ha sido satisfecha en un gran porcentaje en forma inadecuada con un 68,8%; esto se debe a que el profesional de enfermería no abarca esta necesidad y cuando lo hace es solamente de valoración; sin embargo cuando el paciente utiliza un dispositivo de ayuda y refiere alteraciones, el profesional de enfermería realiza la mayoría de las conductas lo que se refleja en un cuarto de la muestra que fue satisfecha como muy adecuada.

Capítulo 4: Resultados

Tabla N° 8: Distribución Porcentual del Grado de Satisfacción de la Necesidad de Mantener la temperatura dentro de los Límites Normales Adecuando la Ropa y Modificando el Entorno

Grado de Satisfacción de la Necesidad de Mantener la temperatura dentro de los Límites Normales Adecuando la Ropa y Modificando el Entorno		
Cuidados	Frecuencia	Porcentaje
Muy Adecuado	0	0,0%
Adecuado	1	3,1%
Inadecuado	31	96,9%
Total	32	100%

Gráfico N° 7: Distribución Porcentual del Grado de Satisfacción de la Necesidad de Mantener la temperatura dentro de los Límites Normales Adecuando la Ropa y Modificando el Entorno



El gráfico N° 7 muestra la distribución porcentual del grado de satisfacción de la necesidad de mantener la temperatura dentro de los límites normales adecuando la ropa y modificando el entorno. Esta necesidad ha sido satisfecha inadecuadamente en un altísimo porcentaje demostrando con esto que el profesional de enfermería no abarca esta necesidad dentro del control. Sin embargo, por las características de la patología, el

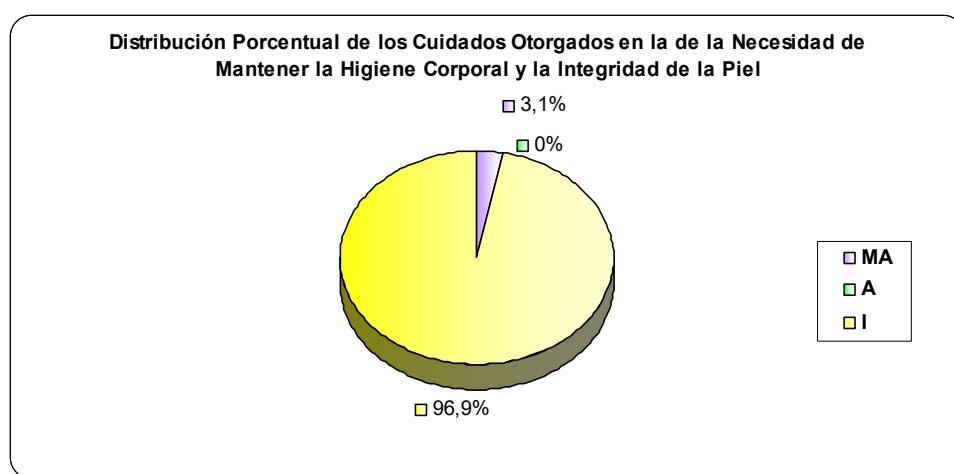
Capítulo 4: Resultados

paciente está expuesto a múltiples factores internos que alteran su homeostasis afectando su temperatura corporal.

Tabla N° 9: Distribución Porcentual del Grado de Satisfacción de la Necesidad de Mantener la Higiene Corporal y la Integridad de la Piel

Grado de Satisfacción de la Necesidad de Mantener la Higiene Corporal y la Integridad de la Piel		
Cuidados	Frecuencia	Porcentaje
Muy Adecuado	1	3,1%
Adecuado	0	0,0%
Inadecuado	31	96,9%
Total	32	100%

Gráfico N° 8: Distribución Porcentual del Grado de Satisfacción de la Necesidad de Mantener la Higiene Corporal y la Integridad de la Piel



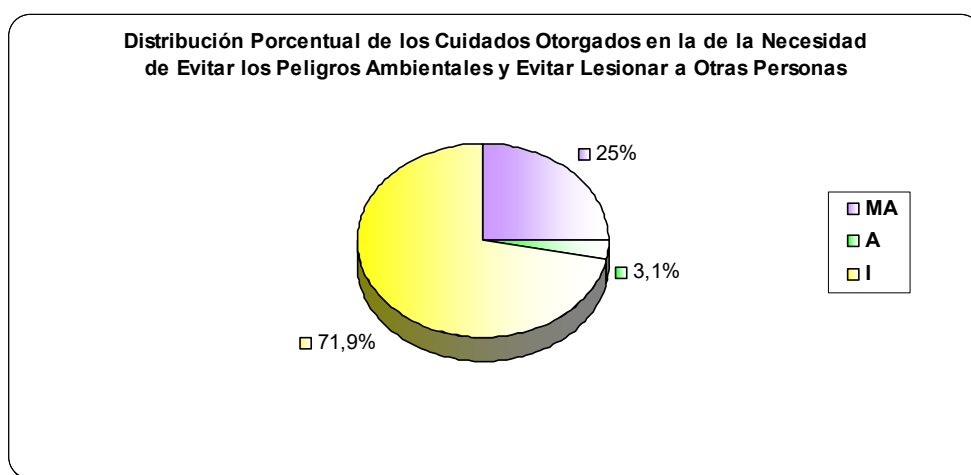
El gráfico N° 8 muestra la distribución porcentual del grado de satisfacción de la necesidad de mantener la higiene corporal y la integridad de la piel. El gráfico muestra una alta tendencia a la insatisfacción de esta necesidad con casi el 100%, observándose un alto déficit en la búsqueda del bienestar.

Capítulo 4: Resultados

Tabla N° 10: Distribución Porcentual del Grado de Satisfacción de la Necesidad de Evitar los Peligros Ambientales y Evitar Lesionar a Otras Personas (Dolor)

Grado de Satisfacción de la Necesidad de Evitar los Peligros Ambientales y Evitar Lesionar a Otras Personas (Dolor)		
Cuidados	Frecuencia	Porcentaje
Muy Adecuado	8	25,0%
Adecuado	1	3,1%
Inadecuado	23	71,9%
Total	32	100%

Gráfico N° 9: Distribución Porcentual del Grado de Satisfacción de la Necesidad de Evitar los Peligros Ambientales y Evitar Lesionar a Otras Personas (Dolor)

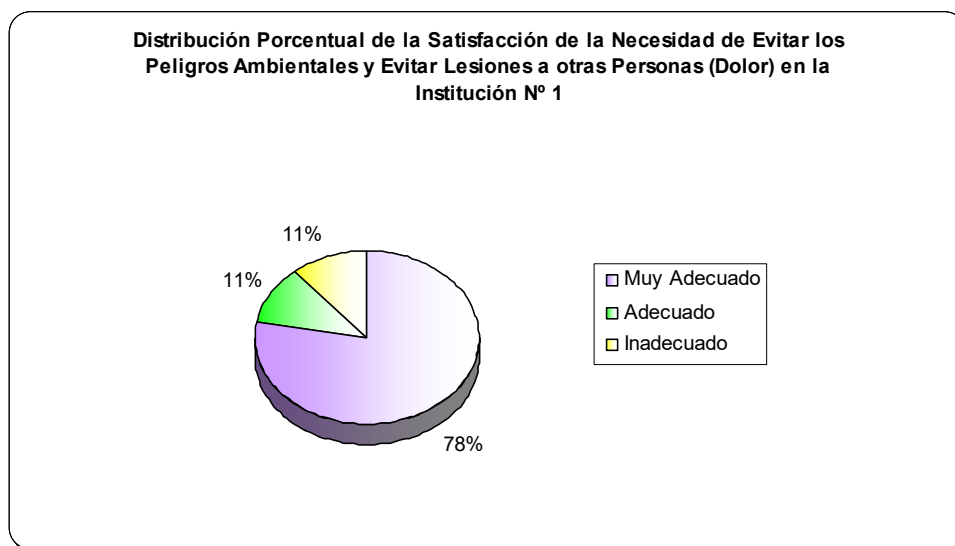


El gráfico N° 9 muestra la distribución porcentual del grado de satisfacción de la necesidad de evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas (Dolor). También esta necesidad es satisfecha en forma inadecuada en casi tres cuartos de la muestra. Sólo un cuarto de la muestra está satisfecha en forma muy adecuada, la que sumada a la proporción de la satisfacción adecuada, representan un tercio de la muestra en estudio (29%).

Tabla N° 11: Distribución Porcentual del Grado de Satisfacción de la Necesidad de Evitar los Peligros Ambientales y Evitar lesionar a otras personas (Dolor) en la Institución N° 1

Grado de Satisfacción de la Necesidad de Evitar los Peligros Ambientales y Evitar lesionar a otras personas (Dolor) en la Institución N° 1		
	Frecuencia	Porcentaje
Muy Adecuado	7	78%
Adecuado	1	11%
Inadecuado	1	11%

Gráfico N° 10: Distribución Porcentual del Grado de Satisfacción de la Necesidad de Evitar los Peligros Ambientales y Evitar lesionar a otras personas (Dolor) en la Institución N° 1

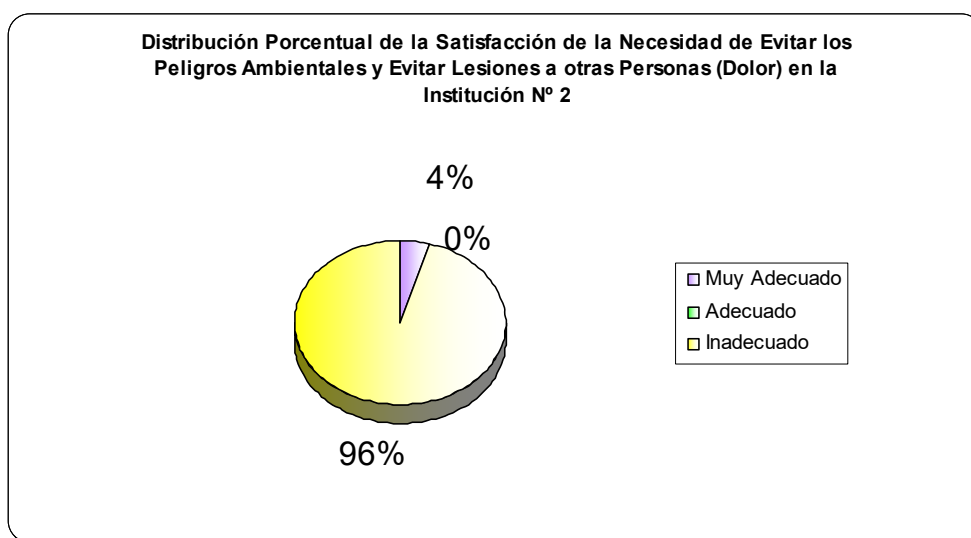


El gráfico N° 10 muestra la distribución porcentual del grado de satisfacción de la necesidad de evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas (Dolor) en la institución N° 1. Se observa un porcentaje alto de la muestra (78%) como muy adecuado, demostrando una adecuada pesquisa del dolor, lo que se debe mayormente a que se utiliza un método objetivo para la medición del dolor (escala de EVA).

Tabla N° 12: Distribución Porcentual del Grado de Satisfacción de la Necesidad de Evitar los Peligros Ambientales y Evitar lesionar a otras personas (Dolor) en la Institución N° 2

Grado de Satisfacción de la Necesidad de Evitar los Peligros Ambientales y Evitar lesionar a otras personas (Dolor) en la Institución N° 2		
	Frecuencia	Porcentaje
Muy Adecuado	1	4%
Adecuado	0	0%
Inadecuado	22	96%

Gráfico N° 11: Distribución Porcentual del Grado de Satisfacción de la Necesidad de Evitar los Peligros Ambientales y Evitar lesionar a otras personas (Dolor) en la Institución N° 2



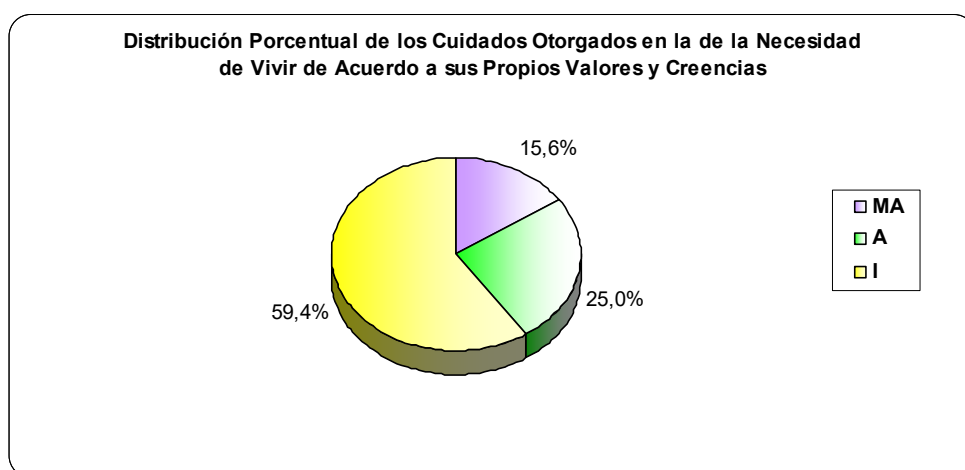
El gráfico N° 11 muestra la distribución porcentual del grado de satisfacción de la necesidad de evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas (Dolor) en la institución N° 2. Se observa que el dolor es inadecuado, con un 96 %, esto se debe mayormente a que no utilizan un método objetivo para la medición del dolor (escala de EVA).

Capítulo 4: Resultados

Tabla N° 13: Distribución Porcentual del Grado de Satisfacción de la Necesidad de Vivir de Acuerdo con sus Propios Valores y Creencias

Grado de Satisfacción de la Necesidad Vivir de Acuerdo con sus Propios Valores y Creencias		
Cuidados	Frecuencia	Porcentaje
Muy Adecuado	5	15,6%
Adecuado	8	25,0%
Inadecuado	19	59,4%
Total	32	100%

Gráfico N° 12: Distribución Porcentual del Grado de Satisfacción de la Necesidad de Vivir de Acuerdo con sus Propios Valores y Creencias



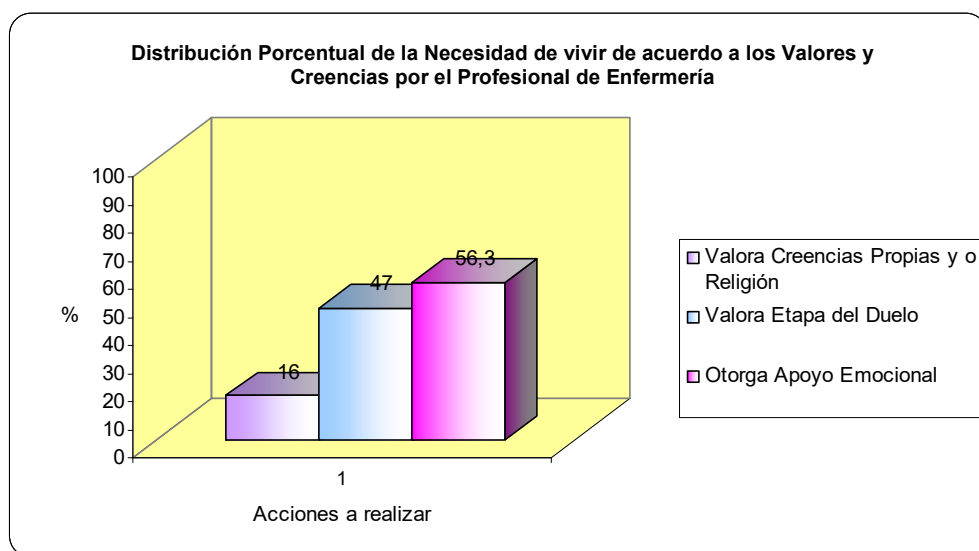
El gráfico N° 12 muestra la distribución porcentual del grado de satisfacción de la necesidad de vivir de acuerdo a sus propios valores y creencias. En esta necesidad se observa que algo más de la mitad de la muestra demuestra una tendencia hacia la satisfacción inadecuada. El 41% corresponde a la satisfacción entre muy adecuado y adecuado.

Capítulo 4: Resultados

Tabla N° 14: Distribución Porcentual de la satisfacción de la Necesidad de Vivir de acuerdo a sus Propios Valores y Creencias por Conducta según Control del Profesional de Enfermería

Conductas de la necesidad Vivir de a cuerdo a sus propios valores y Creencias		
	Frecuencia	Porcentaje
Valora Creencias Propias y o Religión	5	16%
Valora Etapa del Duelo	15	47%
Otorga Apoyo Emocional	18	56,3%

Gráfico N° 13: Distribución Porcentual de la satisfacción de la Necesidad de Vivir de acuerdo a sus Propios Valores y Creencias por Conducta según Control del Profesional de Enfermería



El gráfico N° 13 muestra la distribución porcentual del grado de satisfacción de la necesidad de vivir según creencias y valores por el profesional de enfermería. El vivir según creencias y valores es una necesidad espiritual en la cual destaca el apoyo emocional otorgado por el profesional de Enfermería con dos tercios. Es relevante además la valoración de la etapa del duelo en que se encuentra el paciente en casi la

Capítulo 4: Resultados

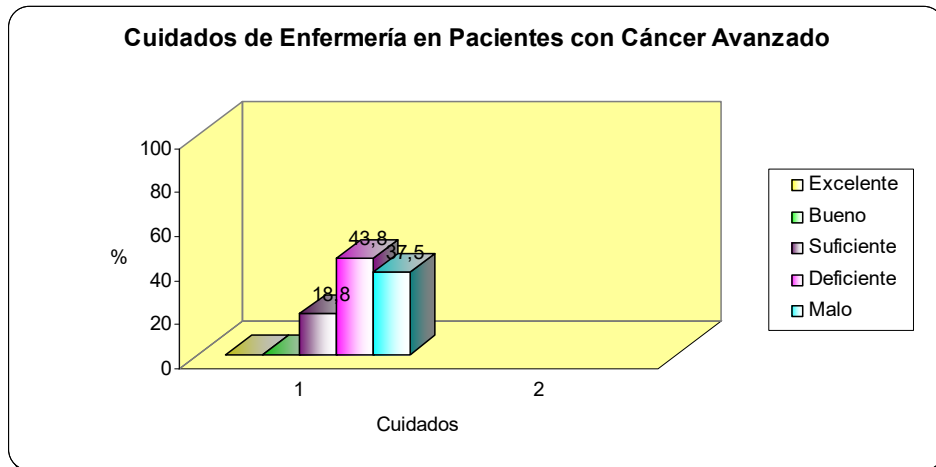
mitad de la muestra. Se puede obtener una característica negativa en el alto porcentaje de no realizar ninguna intervención en pro de esta necesidad con un 41%.

Resultado de las variables del estudio:

Tabla N° 15: Distribución Porcentual del Tipo de Cuidado de Enfermería en Pacientes con Cáncer Avanzado

Tipo de Cuidado de Enfermería en Pacientes con Cáncer Avanzado		
	Total	Porcentaje
Excelente	0	0%
Bueno	0	0%
Suficiente	6	18,8%
Deficiente	14	43,8%
Malo	12	37,5%
Total	32	100%

Gráfico N° 14: Distribución Porcentual del Tipo de Cuidado de Enfermería en Pacientes con Cáncer Avanzado



El gráfico N° 14 muestra la distribución porcentual del tipo de cuidado de enfermería en pacientes con Cáncer Avanzado. Se observa que el cuidado general de Enfermería es

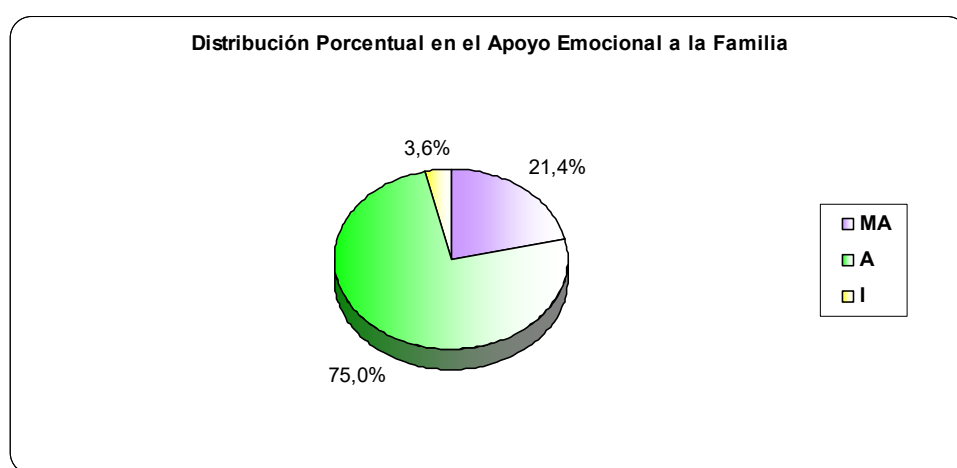
Capítulo 4: Resultados

deficiente para los pacientes con cáncer avanzado, con un 43,8%; seguido por un cuidado nulo con un 37,5% y en tercer lugar se encuentra un cuidado suficiente con un 18,8%. Cabe notar que los cuidados excelentes y buenos no obtuvieron porcentaje. Sin embargo la satisfacción de las necesidades de vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias, evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas y eliminar por todas las vías corporales, fueron las que más abarcan una satisfacción de las necesidades entre muy adecuado y adecuado en conjunto, siendo estos de 41%, 29% y 28% respectivamente. Y como se logra observar éstos no logran superar el porcentaje de la satisfacción inadecuada.

Tabla N° 16: Distribución Porcentual del Grado de Apoyo Emocional a la Familia

Grado de Apoyo Emocional a la Familia		
	Frecuencia	Porcentaje
Muy Adecuado	6	21,43%
Adecuado	20	71,43%
Inadecuado	2	7,14%
Total	28	100%

Gráfico N° 15: Distribución Porcentual del Grado de Apoyo Emocional a la Familia



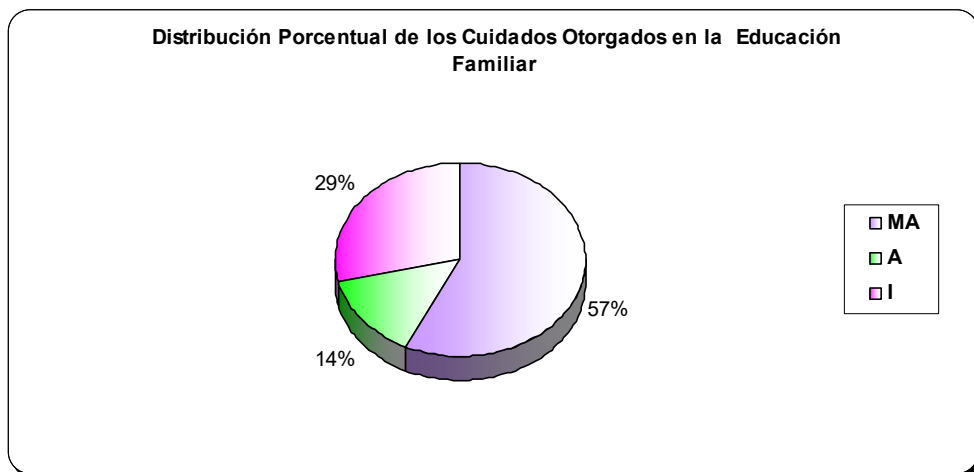
Capítulo 4: Resultados

El gráfico N° 15 muestra la distribución porcentual del grado de apoyo emocional a la familia. Demuestra que el apoyo emocional está satisfecha adecuadamente en tres cuartos y sumado a la proporción muy adecuada abarcan un 96,4%, sólo siendo inadecuada en un bajo porcentaje. Esto refleja la gran participación del profesional de enfermería en el apoyo emocional dirigido a la familia del paciente con Cáncer Avanzado.

Tabla N° 17: Distribución Porcentual del Grado de Educación a la Familia

Grado de Educación a la Familia		
	Frecuencia	Porcentaje
Muy Adecuado	16	57,1%
Adecuado	4	14,3%
Inadecuado	8	28,6%
Total	28	100%

Gráfico N° 16: Distribución Porcentual del Grado de Educación a la Familia



El gráfico N° 16 muestra la distribución porcentual del grado de educación a la familia. La educación que el profesional de enfermería brinda a la familia constituye más del 71% entre las categorías muy adecuadas y adecuadas destacándose casi un 60% de la

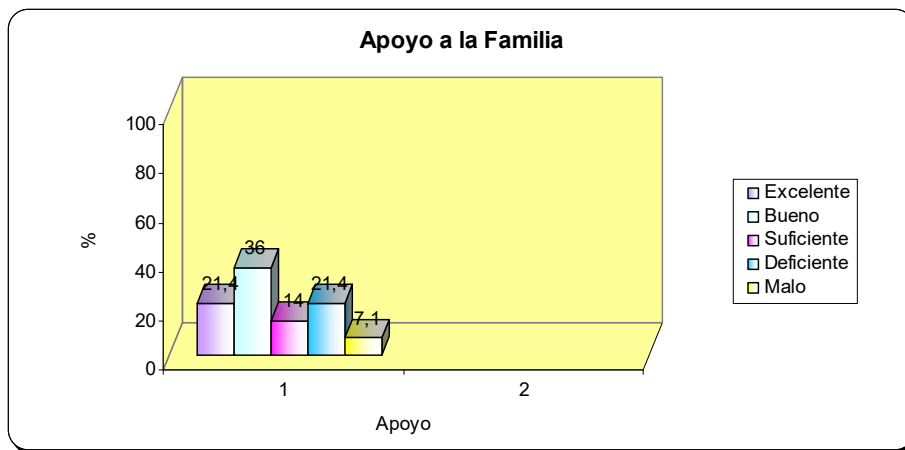
Capítulo 4: Resultados

categoría muy adecuada lo que denota la mayor participación y por lo tanto la mayor competencia de enfermería en la educación a la familia. No obstante un casi un tercio de la muestra se realiza de manera inadecuada.

Tabla N° 18: Distribución Porcentual del Tipo de Apoyo del Profesional de Enfermería a la Familia del Paciente con Cáncer Avanzado

Tipo de Apoyo a la Familia		
	Frecuencia	Porcentaje
Excelente	6	21,4%
Bueno	10	35,7%
Suficiente	4	14,3%
Deficiente	6	21,4%
Malo	2	7,1%
Total	28	100%

Gráfico N° 17: Distribución Porcentual del Tipo de Apoyo del Profesional de Enfermería a la Familia del Paciente con Cáncer Avanzado



El gráfico N° 17 muestra la distribución porcentual del tipo de apoyo que brinda el profesional de enfermería a la familia del paciente con Cáncer Avanzado. El apoyo otorgado a la familia del paciente con Cáncer Avanzado por parte del profesional de

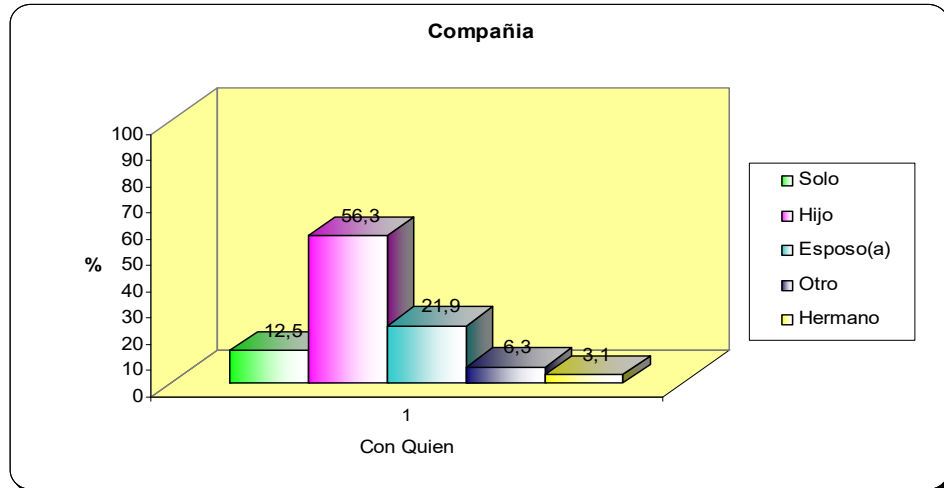
Capítulo 4: Resultados

Enfermería es bueno con un 36%, sin embargo se observa que las segundas mayorías con un 21,4%, cada una, son cuidado excelente y deficiente seguido por un cuidado suficiente con un 14%. Se destaca que el cuidado malo esta en un porcentaje bajo porcentaje 7,1%.

Tabla N° 19: Distribución Porcentual de la Relación del Acompañante con el Grupo en Estudio

Compañía		
	Frecuencia	Porcentajes
Solo	4	12,5
Hijo	18	56,3
Esposo(a)	7	21,9
Otro	2	6,3
Hermano	1	3,1
Total	28	100

Gráfico N° 18: Distribución Porcentual de la Relación del Acompañante con el Grupo en Estudio



El gráfico N° 18 muestra la distribución porcentual de la relación del acompañante del paciente a los controles del estudio. Casi dos tercios son acompañados por un hijo, con un 56,3%; le sigue ser acompañado por el cónyuge con un 21,9%, y el paciente asiste solo en un 12,5%.

CAPÍTULO 5

CONCLUSIONES

5.1 Análisis descriptivo de los resultados

- La gestión del Cuidado de Enfermería otorgado a los pacientes con Cáncer Avanzado en los Consultorios de Especialidades del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota no cumple con la totalidad de los requisitos descritos en el Programa de Cuidados Paliativos y Alivio del Dolor. Sin embargo hay que destacar que esto se debe en gran parte a que los datos obtenidos tienen la limitante que la atención brindada a los pacientes objetivo es realizada en forma simultánea por un profesional de enfermería y un médico.
- En relación a la variable Cuidados de Enfermería, éstos se enfocan en primer lugar a abarcar los signos y síntomas presentes con un enfoque curativo en salud, lo cual se puede atribuir al enfoque biomédico que prevalecen en los profesionales de salud; sin embargo éstos son importantes de valorar, ya que la presencia de ellos evidencian una alteración en la satisfacción de las necesidades, lo cual disminuye la calidad de vida del paciente en los momentos en que se es más vulnerable. Sin embargo, a nuestra consideración, la prevención es un tópico realizable aún en estadios terminales, contribuyendo al máximo confort y bienestar posible del paciente y su familia.
- En la variable Cuidados de Enfermería, la satisfacción de necesidades tales como eliminar por todas las vías corporales y, evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas, los resultados demuestran que en hay un mayor porcentaje de rangos mayores como Muy Adecuado y/o Adecuado, sobre el promedio demostrando que hubo mayor intervención de enfermería, infiriéndose que son actividades prioritarias en enfermería. El hecho que estas necesidades hayan sido las de mejores resultados, tienen que ver con la tendencia dirigida principalmente hacia el enfoque del tratamiento medicamentoso que mantiene cada paciente, pues el dolor es paliado mayoritariamente con fármacos y éstos influyen directamente en la

Capítulo 5: Conclusiones

eliminación urointestinal debido a sus efectos colaterales, por lo tanto se deduce que la atención se preocupa en general del tratamiento y de sus efectos.

- La necesidad de eliminar por todas las vías corporales fue la más destacada dentro del Cuidado de Enfermería obteniendo uno de los más altos porcentajes en el rango Muy Adecuado (28%), esto puede asociarse a los efectos adversos causado por los medicamentos coincidiendo con el enfoque curativo que se ocupa del alivio de signos y síntomas propios del cáncer.
- La necesidad de evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas se ve alterada principalmente debido a que en una de las instituciones en las que se realizó el estudio, el dolor no era evaluado con la escala de EVA, condición que está establecida como obligatoria según los protocolos del Programa de Cuidados Paliativos y Alivio del Dolor. Debido a esto, los resultados obtenidos fueron categorizados como inadecuados en un 71,9% y no en categorías superiores, esto se puede apreciar en el caso de la institución uno, en la cual los resultados reflejan un cuidado muy adecuado y adecuado en un 89%, ya que aplicaron la escala de EVA para evaluar el dolor. Concordamos con el programa de cuidados paliativos y alivio del dolor en cuanto a la evaluación de este síntoma tan importante de objetivar y registrar para tener un mayor conocimiento y un posterior control y manejo adecuado.
- En cuanto a la necesidad de comer y beber adecuadamente, ésta se vio alterada notoriamente puesto que no se hace la valoración del estado nutricional. Esto se debe a que en los campos clínicos observados los profesionales del equipo de salud mantienen un consenso en omitir la evaluación y seguimiento del estado nutricional de los pacientes objetivos, ya que consideran que la disminución del peso deprime aún más al paciente y su familia y evidencia el avance del deterioro en el estado de salud.

Capítulo 5: Conclusiones

- En relación a la necesidad espiritual de vivir de acuerdo a los propios valores y creencias, se aprecia un cuidado inadecuado por sobre la mitad del grupo en estudio, considerándolo como un resultado desfavorable teniendo en cuenta las recomendaciones del programa de cuidados Paliativos en su punto N° 8 (ver marco conceptual).
- Respecto a la variable apoyo a la familia, la atención otorgada por el profesional de enfermería es mayor ante los cuidados de enfermería en base a la satisfacción de necesidades, destacando la educación entregada a la familia del paciente, pilar fundamental en el tratamiento y cuidado del paciente, quedando el apoyo emocional hacia esta en segundo plano.
- Tomando en consideración que los Cuidados Paliativos, según las normas ministeriales nacionales, es una esfera relativamente nueva en las competencias legales de enfermería, se deduce que su práctica está en un periodo de desarrollo y de adquisición de herramientas y habilidades profesionales, por lo tanto se infiere que puede justificar, en parte, los resultados obtenidos en este estudio y la complementariedad entre el profesional de enfermería y el médico para otorgar este cuidado.
- Finalmente el alivio del dolor y sus síntomas, se resuelve en un alto porcentaje de cuidado adecuado y muy adecuado en conjunto con un gran porcentaje de apoyo familiar. Sin embargo al estudiar más a fondo estos resultados, se aprecia que el alivio del dolor es más bien biológico, dejando de lado el alivio del dolor espiritual, el cual puede ser aún más determinante en el bienestar del paciente y el inminente “descanso”. Esto puede notarse en la liviandad con que valora los sentimientos del paciente, lo que requiere de un mayor compromiso emocional con él, y quizás el equipo no está preparado para asumir.

5.2 Conclusiones

El cuidado de enfermería en el ámbito de los Cuidados Paliativos y Alivio del Dolor por Cáncer ha experimentado importantes avances durante las últimas décadas, debido a la estandarización de programas implementados a nivel nacional a través de la reforma de salud, lo cual constituye un desafío para los profesionales de enfermería quienes han debido adaptarse a esta nueva norma, sin dejar de mencionar la importancia del perfil profesional, el cual debe satisfacer los requerimientos de este tipo de pacientes y su familia.

La atención brindada por el profesional de enfermería en el Programa de Cuidados Paliativos y Alivio del Dolor debe ser otorgada de manera holística, interviniendo en los múltiples factores e integrando las características propias del paciente, su familia y entorno psicosocial.

En cuanto a la muestra escogida se observó la prevalencia de Cáncer en mayores de 60 años por sobre las otras edades, y la coincidencia al tipo de Cáncer con la estadística nacional.

Por otra parte se corroboró el hecho de que la familia participa activamente en los cuidados de la persona afectada durante el transcurso de su enfermedad y otorga apoyo emocional y espiritual, lo que es un pilar fundamental para ayudar al buen morir de ésta. Se aprecia disposición hacia un trato humano y digno hacia cada paciente y su familia, utilizando una comunicación terapéutica efectiva que facilita un cuidado en conjunto con el equipo de atención.

Si bien los profesionales de enfermería requieren estar capacitados para brindar una atención a este tipo de pacientes, también son necesarias características personales que los motiven a efectuar un cuidado paliativo de calidad y contribuir al buen morir que todo ser humano merece.

De este modo se crea un nuevo desafío para el siglo XXI, en el cual la enfermería debe hacerse cargo de las demandas crecientes de los cuidados paliativos, lo cual está

Capítulo 5: Conclusiones

relacionado con el envejecimiento de la población y el aumento de los factores multicausales oncológicos del ambiente dinámico en el que nos desarrollamos.

Con todo lo planteado anteriormente se puede concluir que el profesional de enfermería puede desarrollar sus capacidades ya que tiene las competencias necesarias para cubrir el cuidado de un individuo a lo largo de todo su ciclo vital, en especial en los períodos donde es más vulnerable y demandante de asistencia profesional.

5.3 Recomendaciones

- Se sugiere la realización de futuras investigaciones acerca de este tema (o similares) con el objetivo de perfeccionar la calidad de la atención y ampliar los conocimientos dentro del campo laboral.
- Se recomienda el realizar capacitaciones al equipo de enfermería respecto a normas ministeriales y mantener actualizaciones acerca del tema, con el fin de unificar los criterios de atención a lo menos en la V región.
- Es importante que la enfermería adopte un rol más protagónico de cuidados paliativos y alivio del dolor, ya que cuenta con las competencias necesarias y más adecuadas para este fin debido a su formación integradora con una visión holística.
- Se estima necesario la mejora y adquisición de nuevas herramientas, complementarias y de reajuste a los constantes cambios en la demanda de atención para mejorar las habilidades y así brindar un cuidado de calidad.
- El mejorar la calidad de los registros permitiría que el equipo de salud esté al tanto de la situación de cada paciente en caso de que éste sea derivado a otro profesional de la salud y además permitiría tener una evolución clara del estado general de cada paciente.
- Sería necesario utilizar con mayor frecuencia la red interdisciplinaria disponible y que la atención no sea centrada solo en Enfermera/médico.
- Aumentar la dotación de profesionales de enfermería preparados para abarcar el número creciente de pacientes con Cáncer Avanzado.
- Talleres educativos donde las familias puedan compartir experiencias y se les enseñe cómo cuidar a su familiar en todas sus áreas.

5.4 Resumen

La investigación: “Gestión de los Cuidados de Enfermería otorgados a pacientes con Cáncer Avanzado y el apoyo a sus familias, brindado por el profesional de Enfermería en el programa de Cuidados Paliativos y Alivio del Dolor en los Consultorios de especialidades de Viña del Mar y Quillota”, durante el mes de octubre del 2006; a través de un estudio cuantitativo descriptivo, éste tuvo como objetivo general describir el cuidado de enfermería y el apoyo brindado a la familia del paciente con Cáncer Avanzado.

Se seleccionó una muestra de pacientes que padecen Cáncer Avanzado pertenecientes al Programa de Cuidados Paliativos y Alivio del Dolor. El estudio se realizó mediante la observación a la enfermera encargada del PAD y CP a través de una pauta de cotejos. Para el análisis de las variables “Cuidados de Enfermería” y “Apoyo a la Familia” fue necesaria la clasificación de los resultados en cinco categorías: Excelente, Bueno, Suficiente, Deficiente y Malo. Por los resultados podemos concluir que el cuidado otorgado por el profesional de enfermería no se encuentra dentro de los rangos: Excelente y Bueno, sino que mayoritariamente se distribuyen entre los rangos Suficiente, Deficiente y Malo. Esto no se debe a que no cuente con las competencias para desarrollar su rol sino, a que la atención es parcializada y realizada en forma simultánea en el equipo de salud, Médico/Profesional de Enfermería.

En consideración, el cómo actúa el profesional de enfermería según el grado de relación con el paciente dependerá del estado de salud de éste, sus requerimientos y la satisfacción de sus necesidades, según Virginia Henderson, observándose en este estudio la relación predominantemente de colaboradora, debido a que el plan de cuidados se elabora en forma conjunta con el paciente y su familia, la que se encarga del cuidado del paciente en el hogar. Sin embargo, es necesario que el profesional de enfermería profundice esta relación y desempeñe un rol más protagónico en la atención otorgada, manteniendo un enfoque biopsicosocial multidisciplinario.

BIBLIOGRAFÍA

Bibliografía

Libros

- (5)Bozzetti Federico G. Bonadonna, G Robustelli Della Cuna. 1993. Manual de oncología médica. Capítulo 59, caquexia y desnutrición neoplásicas. 3era ED. Editorial Masson. Barcelona.
- (6)Diez Repolles, J.L.; Santos Amaya, I.M.; 2000.Garrido de los Santos. La atención a los enfermos terminales. Tirant lo Blanch. Valencia.
- Gomes batiste, x.; planas domingo, j.; roca casas, j.; Viladiu, P. 1996. Cuidados Paliativos en Oncología. JIMS. Barcelona.
- Gómez Sancho, M., et al. 1992. Control de síntomas en el enfermo terminal. Asta Médica.
- Gómez Sancho, M. 1998 Cuidados Paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales. ICEPPS.
- Gonzáles Barón, M. Y Cols. 1996. Tratado de Medicina Paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer. Panamericana, Madrid.
- (5)Gregory R. Mundy Geoffrey R. Weiss. 1997. Hipercalcemia en oncología. Oncología clínica. Capítulo. 8 Edición 4º. Editorial El manual moderno. México, D.C.
- (7)Hortelano Martínez, j.e.; Azaulay Tapiero, a. Y Castillo Blasco, 2002. Decisiones Ético-Clínicas sobre la alimentación e hidratación artificial mediante sonda en la enfermedad terminal Nutrición Hospitalaria. Capítulo 6; páginas 279-283.
- INUI, A. 2002. Cancer Anorexia-Cachexia Syndrome: Current Issues in Research and Management. Cancer J Clin. 52(2):72-91.
- López Imedio, E. 1998. Enfermería en Cuidados Paliativos. Panamericana. Madrid.

Bibliografía

- (5)Marriner A. y Raile M. 2003. Modelos y Teorías en Enfermería. Mosby. 5ta ed. Madrid. Pág. 98-109.
- (4)OMS. Ginebra. 1999. Alivio de los síntomas en el enfermo terminal.
- (5)Thomas C. Hardin, Pharm D. y Carey P Greoffrey R. Weiss. 1997. Cuidados sobre la Nutrición. Oncología Clínica. Capítulo. 3Edición 3°. Editorial El Manual Moderno. México, d.C.
- (5)Ventafridda Victorio. G. Bonadonna, G. Robustelli Della Cuna. 1983. Tratamiento del paciente terminal. Manual de oncología médica Capitulo. 63. 1º ED. Editorial Masson. Barcelona.
- Tesis: Miranda M. Ximena y Cols. Estudio de la Satisfacción de las Necesidades Biosicosociales y Espirituales y los Factores que influyen en la Atención de Enfermería al Paciente Terminal y Post-mortem. Seminario de tesis para optar al grado de licenciado de enfermería. U. de Valparaíso. Facultad de Medicina. Escuela de Enfermería y Obstetricia. Carrera de Enfermería. Valparaíso, Chile. 1992.

Sitios Web

- (2) http://www.minsal.cl/ici/S_1/U_14/cancer_adulto_sospecha.pdf; citada para PAD y CP, citada 15 mayo 2006.
- (6)<http://www.puc.cl/enfermeria/html/programas/congreso/27%20Oct/La%20enseanza%20de%20la%20gestion%20de%20enfermeria%20proyecciones%20e%20imp1.pdf>, citada 18 junio del 2006
- <http://www.enfermeriaconexion.com/paliativos19.htm>; citada 03 junio 2006.
- <http://www.ceriatrianet.com>: Ortega Armenteros, M.C.; Carmona Aguilar, L. Año 2001. Delirio en el paciente paliativo oncológico avanzado. Revista electrónica de geriatría y gerontología. Volumen 3, nº 1. citada el 21 de mayo de 2006.

Bibliografía

- <http://www.secpal.com>; Guía de Cuidados Paliativos de la SECPAL, en citada 19 abril 2006.

ANEXOS

Apéndice A

Instrumento utilizado

Pauta de Cotejos

Antecedentes generales:

Del paciente:

Edad:

Nº de ficha:

Cáncer que padece:

Fecha de diagnóstico:

Acompañado por:

De la institución:

Nombre:

Profesional a cargo:

Composición del equipo de salud:

1º Ítem: Cuidados de enfermería

I. Necesidad de Comer y beber adecuadamente

MA / A / I

* 1. Valora estado nutricional:

SI - NO

1.1 Controla peso. *Si / No*
(Utiliza balanza)

1.2 Calcula IMC. *Si / No*

1.3 Valora la disminución de peso. *Si / No*

La valoración del estado nutricional se considera SI, sólo si realiza un mínimo de dos subconductas descritas.

* 2. Valora patrón de alimentación:

SI - NO

2.1 Valora frecuencia. *Si / No*
(Pregunta por número y horarios de ingestas)

2.2 Valora consistencia. *Si / No*
(Pregunta por consistencia, ingredientes, tipo alimento)

2.3 Valora la ingesta. *Si / No*
(Pregunta por cantidad de comida ingerida)

Anexos: Apéndice A

2.4 Valora la tolerancia de los pacientes a los alimentos. *Si/No*

La valoración del patrón de alimentación se considera Si, sólo cuando realiza un mínimo de tres subconductas descritas.

- | | |
|--|-------------------|
| * 3. Valora los signos y Síntomas que altere esta necesidad.
<i>(Pregunta por náuseas, vómitos, algia abdominal, hiporexia, anorexia, apetito exacerbado, disfagia, etc. y realiza examen físico de signos referidos por el paciente)</i> | SI - NO |
| 4. Propone pautas de alimentación.
<i>(Mantiene su dieta o la modifica entregándole indicaciones verbales y/o escritas y/o entrega material impreso pertinente)</i> | SI - NO |
| 5. Coordina con la nutricionista los alimentos a consumir.
<i>(Derive, o bien se contacte telefónicamente)</i> | SI - NO |
| * 6. Educa al paciente y/o familia.
<i>(Sobre régimen adecuado, alimentos permitidos y los no permitidos, preparación y consistencia adecuada, administración y conservación de éstos)</i> | SI - NO |
| II. Necesidad de Eliminar por todas las vías corporales | MA / A / I |
| * 7 Valora patrones de eliminación (urinaria e intestinal)
<i>(Pregunta sobre frecuencia urino-intestinal actual del paciente)</i> | SI - NO |
| * 8 Valora signos y síntomas que alteran la necesidad
<i>(Pregunta por control de esfínter, presencia de diarrea, estreñimiento, meteorismo, defecación dolorosa, características de la deposición, disuria, tenesmo vesical, urgencia miccional, prurito, características de la orina)</i> | SI - NO |
| 9 Da indicaciones respecto a la satisfacción de la necesidad.
<i>(Medidas para alivio signos y síntomas)</i> | SI - NO |
| * 10 Educa al paciente y/o familia para satisfacer esta necesidad.
<i>(Entrega medidas e información con fundamentos)</i> | SI - NO |
| * 11 Da solución a los signos y síntomas que se presentan. | SI - NO |

Anexos: Apéndice A

III. Necesidad de dormir y descansar	MA / A / I
12. Valora patrón de reposo y sueño. <i>(Consulta por el número de horas de sueño, calidad de éste e higiene del sueño)</i>	SI - NO
* 13. Valora alteraciones en su descanso. <i>(Pregunta signos y síntomas como insomnio, despertares nocturnos, angustias, pesadillas y frecuencias de éstas)</i>	SI - NO
14. Valora manifestaciones de dependencia medicamentosa, objeto o persona. <i>(Pregunta sobre uso de medicación y efectividad de éste para conciliar el sueño y/o una persona de compañía para lograrlo)</i>	SI - NO
15. Da indicaciones precisas para obtener un descanso adecuado. <i>(Medidas para alivio signos y síntomas)</i>	SI - NO
* 16. Educa al paciente y/o familia acerca de cómo satisfacer la necesidad. <i>(Entrega medidas e información con fundamentos)</i>	SI - NO
IV. Necesidad de moverse y mantener posturas adecuadas	MA / A / I
17. Valora el nivel de movimiento habitual. <i>(Evalúa el grado de movilidad actual: marcha, bipedestación, sedestación, movimientos amplios y lo registra.)</i>	SI - NO
* 18. Valora movilidad de articulaciones, fuerza y tono muscular. <i>(Examina movilidad de articulaciones y estado de musculatura, a través de movimientos rotativos, flexión, extensión, aducción, abducción y prensión)</i>	SI - NO
19. Valora el uso de dispositivos de ayuda para movilizarse.	SI - NO
20. Gestiona la facilitación de dispositivos de ayuda si es necesario.	SI - NO
V. Necesidad de mantener la temperatura dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el entorno	MA / A / I
21. Valora la temperatura corporal. <i>(Pregunta al paciente o su familia por aumentos de la temperatura: fiebre)</i>	SI - NO
22. Controla la temperatura corporal. <i>(Controla la temperatura en ese momento)</i>	SI - NO
23. Valora circunstancias que influyen en la temperatura. <i>(Pregunta factores propios de la patología o infecciosos o ambientales que pueden estar influyendo en la termorregulación)</i>	SI - NO

Anexos: Apéndice A

- * 24. Educa sobre el manejo de la fiebre. SI - NO
(Entrega medidas e información con fundamentos)

VI. Necesidad de mantener la higiene corporal y la integridad de la piel

MA / A / I

- * 25. Valora estado higiénico e integridad de la piel. SI - NO
- 25.1 Pregunta al paciente o familia sobre hábitos higiénicos. *Si / No*
(Consigna en registros el estado higiénico del paciente)
- 25.2 Pregunta al paciente o familia acerca de la integridad cutánea. *Si / No*
- 25.3 Realiza examen físico para valorar higiene e integridad cutánea. *Si / No*

La valoración del estado higiénico e integridad de la piel se considera SI, solo si se realiza un mínimo de dos subconductas descritas, incluida en estas la subconducta 25.3.

26. Realiza curaciones cuando es pertinente. SI - NO
- * 27. Se preocupa de la evolución de las lesiones. SI - NO
(Examina y registra lesión)
- * 28. Educa a la familia acerca de prevención de úlceras por presión y la realización de curaciones. SI - NO

VII. Necesidad de evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas

MA / A / I

- * 29. Valora la presencia de dolor con EVA. SI - NO
30. Valora la presencia de dolor sin EVA. SI - NO
- * 31. Valora la eficacia de los medicamentos. SI - NO
(Pregunta sobre el comportamiento del dolor con los medicamentos)
32. Indica medidas no farmacológicas para aliviar el dolor. SI - NO
(Relajación, respiración, imaginación guiada, distracción, posturas antiálgicas, aplicación calor/frío u otras para mermar el dolor)
- * 33. Educa el buen uso de las medidas farmacológicas para aliviar el dolor. SI - NO
(Fundamenta acerca del esquema farmacológico establecido: importancia del horario, interacciones medicamentosas o alimenticias, efectos colaterales, otras)
34. Deriva a especialista. SI - NO

Anexos: Apéndice A

VIII. Necesidad de participar en actividades recreativas	MA / A / I
35. Valora la recreación actual. <i>(Pregunta por actividades recreativas actuales)</i>	SI - NO
* 36. Valora estado anímico. <i>(Pregunta sobre estado de ánimo actual del paciente)</i>	SI - NO
37. Valora la disponibilidad de recrearse. <i>(Pregunta por tiempo del que dispone el paciente para recrearse)</i>	SI - NO
38. Deriva a grupos de ayuda y recreación. <i>(Ofrece integración a grupos de ayuda)</i>	SI - NO
IX. Necesidad de vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias	MA / A / I
39. Valora las creencias propias y/o religión de los pacientes. <i>(Pregunta sobre sus etnoconocimientos y/o religión a la cual pertenece)</i>	SI - NO
* 40. Valora etapa del duelo en que se encuentra. <i>(Registra si el paciente se encuentra en negación, ira, negociación o aceptación o con sinónimos)</i>	SI - NO
* 41. Otorga apoyo emocional. <i>(Manifiesta a través de lenguaje verbal y/o no verbal su apoyo hacia el paciente en una situación de crisis o en todo momento)</i>	SI - NO

2. Item: Apoyo a la Familia

I. Apoyo emocional:	MA / A / I
42. Valora redes de apoyo. <i>(Pregunta sobre las redes de apoyo activas con las que cuenta la familia)</i>	SI - NO
* 43. Integra a la familia en la atención.	SI - NO
44. Deriva a grupos de ayuda.	SI - NO

Anexos: Apéndice A

II. Educación familiar:	MA / A / I	
45. Valora los conocimientos de la familia. <i>(Pregunta sobre conocimientos previos de la familia del paciente afectado sobre los temas que en ese momento se están tratando: tratamientos, técnicas, usos, patología, manejos, etc.)</i>		SI - NO
46. Planifica los aspectos a educar. <i>(Entrega una educación ordenada y didáctica de acuerdo con las necesidades reales de la familia)</i>		SI - NO
* 47. Entrega educación a la familia.		SI - NO

Claves = MA: muy adecuado. A: adecuado. I: inadecuado.

Apéndice B

Instructivo

El instrumento a aplicar es una pauta de cotejos la cual describe conductas de observación hacia la Enfermera encargada del programa de Cuidados Paliativos y Alivio del Dolor, consta de dos aspectos.

El primer ítem corresponde a datos generales tanto del paciente atendido como de la institución.

El segundo ítem corresponde a la observación de cuidados de enfermería y consta de 9 subítems, los cuales en total reúnen 41 conductas a observar.

El subítem N° 1 corresponde a la necesidad de comer y beber adecuadamente, consta de seis conductas a evaluar, enumeradas del 1 al 6 la conducta uno se evaluara a través de 3 conductas específicas, la conducta número 2 se evaluará a través de cuatro subconductas.

El subítem N° 2 corresponde a la necesidad de eliminar por todas las vías corporales, consta de cinco conductas a evaluar enumeradas del 7 al 11.

El subítem N° 3 corresponde Necesidad de dormir y descansar las cuales son cinco conductas a observar enumeradas del 12 al 16.

El subítem N° 4 corresponde a la necesidad de moverse y mantener posturas adecuadas, consta de cuatro conductas a evaluar enumeradas del 17 al 20.

El subítem N° 5 corresponde a la necesidad de mantener la temperatura dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el entorno consta de cuatro conductas a observar enumeradas del 21 al 24.

El subítem N° 6 corresponde a la necesidad de mantener la higiene corporal y la integridad de la piel, consta de cuatro conductas a observar enumeradas del 25 al 28, la conducta número 25 se evaluará a través de tres subconductas.

El subítem N° 7 corresponde a la necesidad de evitar los peligros ambientales y evitar los peligros a otras personas: dolor, consta de seis conductas a observar enumeradas del 29 al 34.

Anexos: Apéndice B

El subítem N° 8 corresponde a la necesidad de participar en actividades recreativas, consta de cuatro conductas a observar enumeradas del 35 al 38.

El subítem N° 9 corresponde a la necesidad de vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias, consta de tres conductas a observar enumeradas del 39 al 41.

El tercer ítem a observar corresponde al apoyo de la familia consta de dos subítems, los cuales reúnen seis conductas a observar.

El primer subítem, apoyo emocional, consta de tres conductas a observar enumeradas del 42 al 44

El segundo subítem, educación familiar, consta de tres conductas a observar enumeradas del 45 al 47.

Cuidados de Enfermería

I. Necesidad de comer y beber adecuadamente

La valoración del estado nutricional se observará a través de las siguientes conductas:

La subconducta 1.1 se considera SI cuando la enfermera evalúe el peso del paciente en ese momento y con una balanza. Si la conducta no se observa y/o solo le pregunta el peso al paciente y/o su familia se responde NO. En caso de respuesta NO las subconductas dos y tres también se contestarán con un NO.

La subconducta 1.2 se considera SI cuando la enfermera luego de evaluado el peso del paciente calcula su IMC con interpretación del resultado y lo registra. En caso que en que el calculo no sea realizado se considerara NO.

La subconducta 1.3 se considera SI, solo cuando la enfermera compara el peso evaluado con el del último control y/o los IMC correspondientes y evalúa la disminución ponderal del peso. Se considera NO en caso que la enfermera no realice dicho cálculo comparativo.

Anexos: Apéndice B

La valoración del patrón de alimentación se observará a través de las siguientes conductas:

La subconducta 2.1 se considera SI cuando el profesional de enfermería pregunta al paciente y/o su familia sobre la frecuencia de la alimentación (horario y/o número de ingesta) Se considera NO cuando no lo pregunta.

La subconducta 2.2 se considera SI cuando el profesional de enfermería pregunta al paciente y/o su familia sobre las características de la comida que ingiere (consistencia, ingrediente, tipo). Se considera NO cuando no lo pregunta.

La subconducta 2.3 se considerará SI cuando el profesional de enfermería le pregunta al paciente y/o familia por la cantidad ingerida de alimentos. Se considera NO cuando el profesional de enfermería no valora la ingesta de los alimentos.

La subconducta 2.4 se considerara SI cuando el profesional de enfermería le pregunta al paciente y/o familia por la tolerancia a los alimentos. Se considera NO cuando el profesional de enfermería no valora la tolerancia a los alimentos.

La conducta 3 se considera SI cuando el profesional de enfermería pregunta al paciente y/o su familia sobre la presencia de náuseas, vómitos, algía abdominal, hiporexia, anorexia, apetito exacerbado, disfagia, etc. y realiza examen físico de signos referidos por el paciente (irritación mucosa oro faríngea, inspección, palpación y/o auscultación abdominal). Se considera NO cuando no pregunte ni examine sobre signos y síntomas que alteran la necesidad de alimentación.

La conducta 4 se considera SI cuando el profesional de enfermería luego de evaluar la necesidad de alimentación del paciente mantiene su dieta o la modifica entregándole indicaciones verbales y/o escritas y/o entrega material impreso pertinente. Se considera NO cuando el profesional de enfermería no realice estas acciones.

Anexos: Apéndice B

La conducta 5 se considera SI cuando el profesional de enfermería coordine con un nutricionista (derive, o bien se contacte telefónicamente) en caso de problemas graves de alimentación y que ella no pueda solucionar según sus competencias. En caso que el profesional de enfermería no haga dicha coordinación a pesar del problema grave del paciente se considera NO.

La conducta 6 se considera SI cuando el profesional de enfermería eduque al paciente y/o familia sobre régimen adecuado, alimentos permitidos y los no permitidos, preparación y consistencia adecuada, administración y conservación de éstos. Se considera NO cuando no realice ninguna de éstas actividades.

II. Necesidad de Eliminar por todas las vías corporales

La conducta 7 se considera SI cuando el profesional de enfermería pregunte sobre patrón urino-intestinal actual del paciente. Se considera NO cuando el profesional de enfermería no pregunta por el patrón de eliminación.

La conducta 8 se considera SI cuando el profesional de enfermería pregunta por control de esfínter, presencia de diarrea, estreñimiento, meteorismo, defecación dolorosa, características de la deposición (consistencia, color, presencia de sangre, pus u otra secreción), disuria, tenesmo vesical, urgencia miccional, prurito, características de la orina (cantidad, aspecto, olor, hematuria). Se considera NO cuando no pregunte en relación a estos conceptos.

La conducta 9 se considera SI cuando el profesional de enfermería indica medidas para dar solución a los signos y síntomas descritos en la conducta número 8. Se considera NO cuando no aporta medidas para la solución de dichos problemas.

La conducta 10 se considera SI cuando el profesional de enfermería educa al paciente y/o su familia sobre la satisfacción de esta necesidad (entrega información con fundamentos). Se considera NO cuando lo realiza de forma incompleta (entrega información sin fundamento), o no realiza educación.

La conducta 11 se considera SI cuando el profesional de enfermería da soluciones paliativas a los síntomas y signos anteriores en los cuales ella puede actuar y deriva a médico cuando corresponde. Se considera NO cuando el profesional de enfermería no soluciona ni deriva ante la presencia de signos y síntomas descritos por el paciente.

III. Necesidad de dormir y descansar

La conducta 12 se considera SI cuando el profesional de enfermería consulta por el número de horas de sueño, calidad de éste e higiene del sueño. Se considera NO cuando no consulta sobre esta necesidad.

La conducta 13 se considera SI cuando el profesional de enfermería pregunta signos y síntomas alterados de ésta necesidad como insomnio, despertares nocturnos, angustias, pesadillas y frecuencias de éstas. Se considera NO cuando no consulta por estos signos y síntomas.

La conducta 14 se considera SI cuando el profesional de enfermería pregunta sobre uso de medicación y efectividad de éste para conciliar el sueño y/o una persona de compañía para lograrlo. Se considera NO cuando no pregunta por uso de medicación y/o compañía.

La conducta 15 se considera SI cuando el profesional de enfermería entrega recomendaciones para mejorar la calidad del sueño reparador. Se considera No cuando no recomienda acciones para mejorar sueño.

La conducta 16 se considera SI cuando el profesional de enfermería educa al paciente y/o su familia sobre la satisfacción de esta necesidad (entrega información con fundamentos). Se considera NO cuando lo realiza de forma incompleta (entrega información sin fundamento), o no realiza educación.

IV. Necesidad de Moverse y Mantener Posturas Adecuadas

La conducta 17 se considera SI solo cuando el profesional de enfermería evalúa el grado de movilidad actual (marcha, bipedestación, sedestación, movimientos amplios) y lo registra. Se considera NO cuando no lo valora o no registra.

La conducta 18 se considera SI cuando el profesional de enfermería pregunta y/o examina movilidad de articulaciones y estado de musculatura, a través de movimientos rotativos, flexión, extensión, aducción, abducción y prensión. Se considera NO cuando no pregunta ni examina estado artro-muscular.

La conducta 19 se considera SI cuando el profesional de enfermería valora uso de dispositivo de ayuda para movilizarse, pregunta por el uso de éstos al paciente y/o familia. Se considera NO cuando no pregunta por el uso de dispositivos de ayuda. Si a través de la valoración el profesional de enfermería considera que no es necesario un dispositivo de ayuda se continúa con la conducta número 21.

La conducta 20 se considera SI cuando el profesional de enfermería gestiona la facilitación de dispositivo de ayuda, si es que a través de la realización de la conducta número 19 considera que es necesario para el paciente o bien si el paciente y/o familia lo solicitan. Se considera NO cuando no gestiona la facilitación de éste a pesar de ser necesario o hace caso omiso a la petición del paciente y/o familia.

*Se considera necesario el uso de un dispositivo de ayuda cuando: no es capaz de movilizarse por si mismo o lo hace con dificultad.

V. Necesidad de mantener la temperatura dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el entorno

La conducta 21 se considera SI cuando el profesional de enfermería pregunta al paciente o su familia por aumentos de la temperatura (fiebre). Se considera NO si no lo pregunta.

La conducta 22 se considera SI cuando el profesional de enfermería controla la temperatura en ese momento. Se considera NO cuando no lo controla.

La conducta 23 se considera SI cuando el profesional de enfermería pregunta factores (propios de la patología o infecciosos o ambientales,) que pueden estar influyendo en la termorregulación.

La conducta 24 se considera SI cuando el profesional de enfermería educa al paciente o su familia sobre medidas físicas antitérmicas (entrega información con fundamentos). Se considera NO cuando no realiza educación o lo hace de forma incompleta (entrega información sin fundamento).

VI. Necesidad de mantener la higiene corporal y la integridad de la piel

La valoración de la higiene e integridad de la piel se observa a través de 3 conductas:

La subconducta 25.1 se considera SI cuando el profesional de enfermería consigna en registros el estado higiénico del paciente. Se considera NO cuando no lo registra.

La subconducta 25.2 se considera si cuando el profesional de enfermería pregunta al paciente o familia para valorar la integridad de la piel. Se considera NO pregunta sobre la integridad de la piel.

La subconducta 25.3 se considera SI cuando el profesional de enfermería realiza examen físico valorando higiene y/o lesiones cutáneas del paciente y/o consigna características de la piel en registros. Se considera NO cuando no lo realiza.

Anexos: Apéndice B

La conducta 26 se considera SI cuando el profesional de enfermería realiza curación. Se considera NO si enfermera no realiza curación siendo necesaria. Si no es necesario realizar curación se continúa con la conducta 29.

La conducta 27 se considera SI cuando el profesional de enfermería examina y registra lesión. Se considera NO cuando no lo realiza. Se continúa con la conducta 29 cuando no es necesario realizar curación.

La conducta 28 se considera SI cuando el profesional de enfermería educa sobre prevención de úlceras por presión y curaciones, si procede. Se considera NO cuando no lo realiza.

VII. Necesidad de evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas

La conducta 29 se considera SI cuando el profesional de enfermería pregunta al paciente y/o su familia por presencia de dolor y lo registra, utilizando una escala objetiva (EVA).

La conducta 30 se considera SI cuando el profesional de enfermería pregunta al paciente y/o su familia por presencia de dolor y lo registra, no utiliza una escala objetiva (EVA).

* Si el profesional de enfermería realiza la conducta 29 necesariamente realiza la conducta 30.

La conducta 31 se considera SI cuando el profesional de enfermería pregunta sobre el comportamiento del dolor con los medicamentos. Se considera NO cuando no lo pregunta.

La conducta 32 se considera SI cuando el profesional de enfermería indica medidas no farmacológicas (relajación, respiración, imaginación guiada, distracción, posturas

Anexos: Apéndice B

antiálgicas, aplicación calor/frío u otras) para mermar el dolor. Se considera NO cuando no lo realiza.

La conducta 33 se considera SI cuando el profesional de enfermería fundamenta acerca del esquema farmacológico establecido (importancia del horario, interacciones medicamentosas o alimenticias, efectos colaterales, otras.)

La conducta 34 se considera SI cuando el profesional de enfermería envía a especialista para ajustar medicación y/o dosis antiálgica. Se considera NO cuando no lo realiza.

VIII. Necesidad de participar en actividades recreativas

La conducta 35 se considera SI cuando el profesional de enfermería pregunta sobre actividades recreativas actuales. Se considera NO cuando no lo pregunta.

La conducta 36 se considera SI cuando el profesional de enfermería pregunta sobre estado de ánimo actual del paciente. Se considera NO cuando no lo realiza y solo observa estado de ánimo.

La conducta 37 se considera SI cuando el profesional de enfermería pregunta por tiempo del que dispone el paciente para recrearse. Se considera NO cuando enfermera no lo pregunta.

La conducta 38 se considera SI cuando el profesional de enfermería ofrece integración a grupos de ayuda. Se considera NO cuando no ofrece grupos de apoyo. Se continúa con la conducta 39 cuando no es necesario intervenir.

IX. Necesidad de vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias

La conducta 39 se considera SI cuando el profesional de enfermería pregunta sobre sus etnoconocimientos y/o religión a la cual pertenece. Se considera NO cuando no lo pregunta.

La conducta 40 se considera SI cuando el profesional de enfermería registra si el paciente se encuentra en negación, ira, negociación o aceptación (o con sinónimos). Se considera NO cuando no lo registra.

La conducta 41 se considera SI cuando el profesional de enfermería manifiesta a través de lenguaje verbal y/o no verbal su apoyo hacia el paciente en una situación de crisis o en todo momento (entendiéndose por crisis, labilidad emocional, ira, frustración u otros).

Apoyo a la familia

I. Apoyo emocional

La conducta 42 se considera SI cuando el profesional de enfermería pregunta sobre las redes de apoyo activas con las que cuenta la familia. Se considera NO cuando no lo pregunta.

La conducta 43 se considera SI cuando el profesional de enfermería integra al tratamiento a la familia, es decir, se dirige tanto al paciente como a su familia. Se considera NO integra a la familia por lo tanto se dirige solo al paciente y no considera a su familia.

La conducta 44 se considera SI cuando el profesional de enfermería gestiona y/o informa a la familia acerca de grupos de apoyo que lo puedan ayudar. Previo acuerdo con la familia. Se considera NO cuando no lo realiza.

II. Educación familiar

La conducta 45 se considera SI cuando el profesional de enfermería pregunta sobre conocimientos previos de la familia del paciente afectado sobre los temas que en ese momento se están tratando (tratamientos, técnicas, usos, patología, manejos, etc.). Se considera NO cuando el profesional de enfermería no evalúa conocimientos de la familia.

La conducta 46 se considera SI cuando el profesional de enfermería planifica, es decir, entrega una educación ordenada y didáctica desacuero con las necesidades reales de la familia. Se considera NO cuando el profesional de enfermería no entrega una educación organizada a la familia.

La conducta 47 se considera SI cuando el profesional de enfermería educa una vez surgida la necesidad y/o cuando los cita en una o más sesiones para fines educativos. Se considera NO cuando no educa a la familia del paciente.